COUNTWAY LIBRARY
HC 4PWC G

BOSTON
MEDICAL LIBRARY
8 THE FENWAY

TRAITÉ PRATIQUE

DE

GYNÉCOLOGIE

DU MÊME AUTEUR

DE LA PINCE A OS ET DU CRANIOCLASTE

(Thèse de doctorat, 1884.)

DE LA CONDUITE A TENIR
DANS LE CAS DE PLACENTA PRÆVIA

(Thèse d'agrégation, 1886.)

DU TRAITEMENT DE L'ÉCLAMPSIE PUERPÉRALE

(Paris, 1888.)

TRAVAUX D'OBSTÉTRIQUE

(3 vol. in-8, avec 308 figures intercalées dans le texte et planches, 1889.)

Tome I. — Grossesse gémellaire. — Couveuse. — Bassin ostéomalacique. — Pince à os et cranioclaste. — Délivrance physiologique. — Adhérence partielle du placenta. — Placentas multiples. — Fibrôme et accouchement. — Menstruation, ovulation, fécondation. — Version mixte. — Embryotomie. — Viburnum prunifolium. — Ophtalmie purulente. — Hypnotisme et suggestion. — Insertion vélamenteuse du cordon. — Avortement. — Tumeur placentaire. — Hernie ombilicale. — Pneumonie lobaire suppurée. — Tête fœtale et périnée. — Septicémie mammaire. — Utérus puerpéral. — Torticolis congénital. — Montée de lait et ablation du sein. — Durée héréditaire du travail. — Double poche des eaux et grossesse gémellaire. — Thrombus du col utérin. — Antisepsie. — Vessie puerpérale. — Mamelles surnuméraires. — Antipyrine en obstétrique. — Insertion vélamenteuse du cordon. — Rétrécissement des vaisseaux du cordon.

Tome II. — Adipose et puerpéralité. — Mécanisme de la sortie des épaules (tête première). — Tamponnement intra-utérin. — Contribution à l'étude des annexes ovulaires et à celles de la délivrance, des déchirures vulvaires après l'accouchement, et de la hauteur de l'utérus pendant le postpartum.

Tome III. — Extraction de la tête fœtale. — Des présentations en général et en particulier de celles du front et de l'abdomen. — Obliquité latérale de l'utérus gravide. — Mort subite puerpérale. — Du diagnostic de l'époque de l'accouchement.

HYGIÈNE INFANTILE ANCIENNE ET MODERNE. — En collaboration avec M. Pinga. Paris, 1889.

LE NOUVEAU-NÉ. — Physiologie. Hygiène. Allaitement. Maladies les plus fréquentes et leur traitement. Paris, 1890.

DE L'ANTISEPSIE EN GYNÉCOLOGIE ET EN OBSTÉTRIQUE. — Paris, 1891.

TRAITÉ PRATIQUE D'ACCOUCHEMENT. 1re édition 1890.
— 2e édition 1891.

TRAITÉ PRATIQUE

DE

GYNÉCOLOGIE

PAR

LE Dr A. AUVARD

ACCOUCHEUR DES HÔPITAUX DE PARIS

Avec 525 figures dans le texte

ET 12 PLANCHES EN COULEUR HORS TEXTE

PARIS

OCTAVE DOIN, ÉDITEUR

8, PLACE DE L'ODÉON, 8

—

1892

Tous droits réservés.

BOSTON MEDICAL
MAR - 6 1920
LIBRARY

TABLE

INTRODUCTION 1

CHAPITRE I. — Pathologie générale 7

— II. — Thérapeutique générale 43

— III. — Malformations génitales 105

— IV. — Vulve et vagin 139

— V. — Génitalite 189

— VI. — Déviations utérines 283

— VII. — Inversion utérine 351

— VIII. — Hémorrhagies péri-utérines 371

— IX. — Tumeurs génitales 399

— X. — Voies urinaires 499

— XI. — Rectum et bassin 555

— XII. — Abdominopathies simili-génitales 609

— XIII. — Emménologie 653

— XIV. — Stérilité 695

— XV. — Diagnostic des génitopathies 739

TABLES 771

TRAITÉ PRATIQUE
DE GYNÉCOLOGIE

INTRODUCTION

Ce livre est consacré à l'étude des organes génitaux de la femme, à l'état normal et pathologique, en dehors de la puerpéralité.

Le titre de *gynécologie*, que j'ai adopté parce qu'il est à peu près universellement accepté, est inexact, car il signifie *traité de la femme* (γυνη, λογος), et je ne m'occupe ici que d'un appareil, celui, il est vrai, qui la caractérise essentiellement. — Celui de *gynécopathie* ne vaudrait guère mieux, car il implique toutes les maladies féminines, et pas spécialement celles de l'appareil génital.

Le véritable titre serait :

TRAITÉ
DE GÉNITOLOGIE FÉMININE
APUERPUÉRALE

Génitologie féminine, c'est-à-dire traité des organes génitaux féminins (état normal et pathologique).

Apuerpérale, c'est-à-dire en dehors de la puerpéralité, car tout ce qui concerne l'obstétrique est ici laissé de côté.

La *génitologie féminine* se divise en effet en deux parties :

1° La génitologie puerpérale (tocologie, obstétrique), c'est la science des accouchements;

2° La génitologie apuerpérale, qui est celle que nous avons en vue et qu'on désigne habituellement du nom de *gynécologie*. Par

respect pour les classiques, par condescendance à la routine et aux usages, j'adopte, mais à contre cœur, ce terme de *gynécologie*.

Sans vouloir faire l'histoire de cette science spéciale, je crois nécessaire d'en tracer rapidement les étapes, qui sont au nombre de cinq principales.

Première période. — *Période embryonnaire. Période vulvaire.* — Période qui s'étend jusqu'au commencement du siècle actuel. La gynécologie est à l'état embryonnaire; on examine à peine les organes génitaux, s'arrêtant le plus souvent à la vulve, d'où le nom de *période vulvaire*, qu'on peut lui donner, bien qu'on ait fait quelques timides examens vaginaux.

Deuxième période. — (Récamier.) — *Période vaginale. Période du spéculum.* — Cette période, qui commence avec le siècle, débute par l'apparition du spéculum en 1801. Récamier, en faisant hardiment usage de cet instrument explorateur, inaugure une ère féconde à la gynécologie; il préconise également la curette utérine, et l'amputation du col, mais l'absence d'antisepsie l'empêche de réussir; si Récamier avait eu Pasteur et Lister comme contemporains, il aurait probablement atteint la perfection thérapeutique de l'époque actuelle.

Troisième période. — (Huguier. Lisfranc. Velpeau.) — *Période utérine. Période de l'hystéromètre.* — Cette période comprend le milieu du siècle actuel. En 1843, Huguier et Simpson inventent l'hystéromètre, qui donne à l'explorateur accès jusque dans la cavité utérine. Toute l'attention est portée sur l'utérus, mais les accidents dont cet organe est la source sont interprétés différemment par Lisfranc et Velpeau.

Les maladies utérines se résument :

Pour Lisfranc, dans l'*engorgement.*
Pour Velpeau, dans les *déviations.*

En 1849, grande discussion à l'Académie de médecine où les deux camps se dessinent nettement, les uns avec Lisfranc n'admettant que l'engorgement utérin, les autres avec Velpeau ne voyant que les déviations.

Chaque gynécologue, suivant la pathogénie qu'il admet, institue

un traitement en conséquence. Les partisans des déviations essaient, avec l'hystéromètre et les pessaires de redresser l'utérus, les autres combattent l'engorgement par les révulsifs, le repos, les évacuations sanguines.

En 1854, nouvelle discussion à l'Académie de médecine, où l'emploi de l'hystéromètre pour redresser l'utérus est condamné à cause des nombreux accidents dont il est la source.

Quatrième période. — (Allemagne : Simon, Martin, Hegar.— Etats-Unis : Sims, Bozeman.) — *Période périutérine. Période du bistouri.* — L'explorateur ne se borne plus comme précédemment à l'utérus, mais il interroge avec soin le pourtour de l'utérus, les annexes, dont l'état pathologique est reconnu fréquent.

Grâce à la sécurité donnée par l'antisepsie, les gynécologues deviennent audacieux; ils emploient le bistouri dans la plupart des affections génitales de la femme; la thérapeutique gynécologique devient essentiellement chirurgicale.

Après l'ère du spéculum, puis de l'hystéromètre, vient donc celle du bistouri, qui aura été dans le siècle actuel le couronnement de la thérapeutique gynécologique.

Mentionnons aussi l'introduction du *massage* et de l'*électricité*, appelés à rendre d'importants services dans le traitement des maladies des femmes.

Cinquième période. — *Période d'épanouissement.* — Nous touchons à la période de maturité et d'épanouissement de la gynécologie; encore quelques années, soit le XXe siècle, et nous y serons.

Espérons que cette cinquième période de même que la deuxième et la troisième sera essentiellement française. Elle le sera si les gynécologues français veulent bien reconnaître l'union intime de la gynécologie et de l'obstétrique.

L'obstétrique est en effet à la gynécologie ce que la physiologie est à la médecine.

Comment comprendre la pathologie d'un système si on n'en connaît pas le fonctionnement normal, la physiologie? or l'obstétrique ne renferme-t-elle pas les trois quarts de la physiologie du système génital?

On a dit que la thérapeutique obstétricale différait essentiellement de la gynécologique, l'une étant symbolisée dans le *forceps*, l'autre dans le *bistouri*. Double erreur : le forceps n'est qu'un détail de la thérapeutique obstétricale dans laquelle le bistouri prend un rôle de plus en plus important, à tel point que l'accoucheur qui n'est pas rompu à la laparotomie, ne se trouve plus à la hauteur de son rôle à l'époque actuelle; par contre il faut se garder de croire que le bistouri est tout dans la thérapeutique gynécologique, après les débauches qui en ont été faites dans ces derniers temps, on saura lui conserver une place importante mais non exclusive comme voudraient le faire les opérateurs à outrance.

L'obstétrique et la gynécologie sont intimement unies et l'une ne saurait marcher sans l'autre. Les exemples qui le prouvent sont nombreux, qu'il me suffise d'en citer deux.

Il y a peu de temps une femme vient consulter un accoucheur pour une affection utérine; elle avait été quelques jours auparavant dans un service de médecine, où on la supposait atteinte de métrite à cause du volume de l'utérus ; on proposa de lui faire avec un crayon de chlorure de zinc une cautérisation intra-utérine qu'elle n'accepta pas. Elle alla ensuite dans un service de chirurgie où le chef lui conseilla la laparotomie pour lui enlever une tumeur dont il la croyait atteinte; même refus. Cette femme était enceinte de trois mois, la suite vérifia ce diagnostic. Si le médecin et le chirurgien qui l'avaient d'abord vue, avaient connu l'obstétrique, ils n'auraient probablement pas commis cette erreur.

Autre exemple : une femme, présentant les signes de certitude de la grossesse, est atteinte de deux fibromes volumineux insérés sur le segment supérieur de l'utérus ; la sage-femme qui la soigne, s'apercevant de l'anomalie de cette grossesse et soupçonnant une tumeur abdominale, l'adresse à un laparotomiste versé dans tous les secrets de ces états pathologiques. Celui-ci constate la grossesse et les tumeurs, mais n'ayant pas fait d'obstétrique il ignore si ces tumeurs empêcheront ou non l'accouchement; fort embarrassé pour se prononcer sur le pronostic et le traitement, il est obligé d'adresser cette femme à un autre spécialiste initié à l'obstétrique. L'embarras n'aurait pu exister si le gynécologue avait été doublé d'un accoucheur.

Récemment à la *British medical association*, le Dr Smyly a montré les singulières conséquences, qui pouvaient résulter de la séparation de ces deux branches sœurs :

« Une femme se présente pour l'examen, le premier devoir du médecin est de déterminer la présence ou l'absence de grossesse; ceci est du ressort de l'obstétrique ; mais s'il arrive que cette femme est stérile par suite d'endométrite, elle devra être traitée naturellement par un gynécologiste. — Grâce à un traitement approprié, l'amélioration est suffisante pour permettre la grossesse ; pourvu que la gestation soit utérine, le cas est obstétrical, sinon gynécologique. Même si l'œuf est situé dans l'utérus, la condition reste encore incertaine, car si le diamètre conjugué du détroit supérieur est de cinq centimètres ou au-dessous, la patiente devra s'adresser au gynécologiste, dans le cas contraire, à l'accoucheur. — La grossesse se termine par un avortement qui est loin d'améliorer l'endométrite, la femme prend l'habitude d'avorter et a de nouveau besoin du gynécologiste. — Une nouvelle grossesse survient qui va jusqu'à terme, malheureusement il existe un placenta prævia ; s'il est partiel, c'est l'accoucheur qui est en cause, mais s'il est central, d'après l'opinion de Lawson-Tait la laparotomie est indiquée, et le gynécologue devra être appelé. — Après la délivrance par l'accoucheur, la patiente peut être atteinte de péritonite septique et en pareil cas d'après Savage, le gynécologiste doit être consulté. — Le périnée est-il déchiré, l'accoucheur procédera immédiatement à sa réparation ; si la réunion par première intention échoue, la thérapeutique redevient de nouveau du ressort du gynécologue. — De pareilles péripéties ne seraient pas seulement absurdes et contraires aux lois du sens commun, elles feraient de plus courir de sérieux dangers aux malades. »

La fusion nécessaire de ces deux branches scientifiques, qui ne forment qu'une seule et même spécialité, se manifeste à tous moments, et par contre on ne saurait signaler aucun inconvénient à cette union.

Un accoucheur doit être gynécologue, et un gynécologue accoucheur, si le médecin n'est que l'un *ou* l'autre, il ne sera jamais qu'un savant incomplet, un monorchide scientifique.

Pour faire un spécialiste complet, je dirai, en reprenant ma terminologie du début, un *génitologue féminin parfait*, les études médicales devraient être divisées en trois phases :

1° Etudes médicales générales ;

2° Etudes obstétricales ;

3° Etudes gynécologiques.

Quand les gynécologues français adopteront ce plan d'études déjà suivi dans plusieurs pays voisins, où la science des maladies des femmes est aussi florissante que possible, ils sauront reprendre le rang qu'ils avaient autrefois et reconquérir à la France la prééminence en gynécologie.

CHAPITRE PREMIER

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

SOMMAIRE

I. *Etiologie générale.*
1. Congestion.
2. Microbes.
3. Traumatismes.
4. Troubles dans la statique utérine.
5. Malformations congénitales et acquises.
6. Tumeurs.
7. Maladies cutanées.
8. Troubles fonctionnels.

II. *Symptomatologie.*
1. Douleurs.
2. Troubles fonctionnels.
3. Modifications de l'état général.
4. Changements de couleur et d'aspect des organes génitaux.
5. Modifications de la sonorité abdominale.
6. Modifications de forme, de volume, de situation et de consistance.
7. Changements produits dans la circulation génitale.

III. *Diagnostic général.*

Généralités.

Table à examen.

Position de la femme. Horizontale. { dorsale. / latérale. / génupectorale.

— — Verticale.

a. Interrogatoire.
b. Inspection.
c. Palpation et percussion.
d. Auscultation.
e. Toucher . . . . . { urétro-vésical. / ano-rectal. / vagino-utérin.
f. Exploration instrumentale. { exploration génitale. / — urinaire. / — intestinale.

IV. *Pronostic général.*

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

BOSTON MEDICAL
MAR - 6 1920
I

ÉTIOLOGIE GÉNÉRALE

La nature a voulu que la femme fût dominée par l'appareil génital, afin de faire d'elle un être essentiellement reproducteur. Toutes les passions, tout l'instinct de l'être féminin gravitent autour de ce système, dont l'importance est telle que ses maladies ont un retentissement très marqué sur l'organisme. On a dit que l'hystérie, ce détraquement nerveux de la femme, dépendait souvent d'un état pathologique des organes génitaux, ou de leur fonctionnement anormal (par manque ou excès). La pathogénie de cette maladie est encore trop mal connue pour qu'on puisse se prononcer ; on sait cependant que les affections génitales causent nettement certains troubles nerveux tels que névralgie, migraine, tremblement, accès de sanglots, accès convulsifs, diarrhée[1].

On comprend ainsi l'énorme importance du système génital chez la femme et comment des troubles en apparence légers du côté de cet appareil pourront avoir un retentissement marqué sur tout l'organisme.

Les causes, susceptibles d'amener ces troubles, sont variées ; il convient surtout de citer :

1. Congestion. — 2. Microbes. — 3. Traumatismes. — 4. Troubles dans la statique utérine. — 5. Malformations congénitales ou acquises. — 6. Tumeurs. — 7. Maladies cutanées. — 8. Troubles fonctionnels.

[1] Voir *Odebrecht. in Beit. z. Geb. und Gyn., Jubilé d'A. Hegar*, 1889, p. 87.

Un mot sur chacune de ces causes :

1° *Congestion.*

Périodiquement la menstruation établit une congestion utérine, incapable de créer une maladie par elle-même, mais donnant un coup de fouet aux états pathologiques déjà existants. Tels les ovarites, salpingites.

Une congestion intense peut également amener des ruptures vasculaires (hématocèle intra ou sous-péritonéale), car à côté des hématocèles qui ne sont autre chose que des grossesses extra-utérines, il y a celles qui sont causées par de simples ruptures vasculaires, en dehors de tout état puerpéral.

Enfin la congestion utérine existe à l'état isolé en dehors de toute inflammation, c'est-à-dire de tout microbe, entretenue par des vêtements trop serrés, par des fatigues exagérées, une excitation sexuelle dépassant les bornes ; congestion douloureusement perçue dans le pelvis comme la céphalalgie à la tête, sorte de *céphalalgie utérine.*

2° *Microbes.*

Les microbes auxquels se trouvent exposés les organes génitaux sont nombreux ; mais il en est trois principales catégories, qui jouent un rôle considérable et prépondérant dans les génitopathies.

a. Les *microbes puerpéraux,* qui s'introduisent dans les voies génitales à la suite d'un avortement ou d'un accouchement, parfois même pendant le postpartum, à la faveur des nombreuses plaies génitales qui existent à ce moment.

b. Les *microbes sexuels,* et sous cette dénomination je désigne, tous les microorganismes, auxquels le coït sert de véhicule habituel ; tels ceux de la *blennorrhagie,* de la *syphilis,* des *chancres mous,* trinité menaçante dont les épines entourent toutes les roses de la jouissance sexuelle.

c. Enfin les *microbes médicaux*, c'est-à-dire ceux qui peuvent être portés sur la surface génitale par un doigt ou un instrument malpropre, lors d'une exploration médicale.

3° *Traumatismes.*

Le trauma peut être *accidentel*, *sexuel* ou *médical.*

Accidentel, quand il survient à la suite d'une chute, d'un coup.

Sexuel, alors que par sa quantité ou sa qualité le coït dépasse les limites permises. La masturbation agit dans le même sens. Le

système génital est celui qui satisfait les passions les plus intenses de l'humanité, aussi subit-il des assauts, des traumatismes continuels, qui sont pour lui la cause de fréquentes maladies.

Médical, quand pour une exploration ou dans un but criminel (avortement) un instrument est introduit dans l'utérus.

4° *Statique génitale.*

L'utérus est maintenu en place par des liens divers, qui seront ultérieurement étudiés ; sa statique est intimement liée à celle de tous les organes abdominaux. Si les conditions normales du maintien utérin n'existent plus, on voit les *déviations* et le *prolapsus* survenir.

Il existe encore d'autres *déplacements* dépendant de tumeurs périutérines, ou de rétractions cicatricielles, mais la situation de l'utérus ne constitue en pareil cas qu'un état pathologique secondaire et d'importance relativement faible.

5° *Malformations.*

Tantôt congénitales, tels l'hermaphrodisme, les imperforations anale et rectale, la bifidité vagino-utérine, etc.

Tantôt acquise, telles les atrésies vaginales à la suite de gangrène, les fistules *urino-génitales*, ou *intestino-génitales*.

6° *Les tumeurs.*

Vulve. — Eléphantiasis. — Epithélioma.
Utérus. — Fibrome. — Sarcome. — Cancer.
Ovaires. — Kystes. — Sarcome. — Cancer.

7° Les *maladies cutanées*, qu'on observe à la vulve, comme l'eczéma, le psoriasis, ne jouent qu'un rôle secondaire dans la gynécopathie.

8° Nous terminons par les *troubles fonctionnels*, qui peuvent altérer le fonctionnement normal des organes génitaux, tels le *vaginisme*, l'*aménorrhée*, la *dysménorrhée.*

La menstruation est un appel mensuel aux maladies génitales, ou à la recrudescence d'une maladie déjà existant. Tout grand changement fonctionnel de l'utérus, puberté, grossesse, ménopause, prédispose également aux génitopathies.

On a encore invoqué d'autres causes telles les *diathèses*, le *célibat*, la *stérilité ;* ce sont des causes d'ordre secondaire, qui ne créent pas

une maladie, mais lui impriment un aspect clinique spécial, il en sera question chemin faisant et à propos de chaque maladie en particulier.

Tels sont les *huit* principaux groupes des génitopathies; toutefois ce n'est pas en suivant ces différents groupes que nous étudierons la gynécologie, il y a en effet intérêt pour cette étude à aborder et à traiter complètement l'histoire pathologique de chaque région génitale; aussi dans le plan que je compte suivre, nous verrons successivement :

Les maladies de la vulve;
— du vagin;
— de l'utérus;
— des voies urinaires;
— du rectum et du bassin.

Seules les malformations, qui seront plus compréhensibles si elles sont étudiées en bloc formeront un chapitre, dont l'élément étiologique constituera le point de départ; pour terminer enfin nous examinerons certains troubles douloureux et fonctionnels surtout au point de vue séméiologique.

II

SYMPTOMATOLOGIE GÉNÉRALE

Les différents symptômes, provoqués par les maladies génitales, sont :

1° La *douleur,* siégeant le plus souvent dans les lombes, à l'hypogastre ou dans les membres inférieurs; ce sont les trois localisations les plus fréquentes. La douleur paraît même avoir une prédilection pour la région lombaire. Quelle est la femme qui ne connaît pas les *douleurs de reins?* Tout événement utérin, l'accouchement en particulier, retentit, à cause de ses attaches nerveuses, sur cette région de l'organisme.

2° Les *troubles fonctionnels,* tels que les pertes blanches ou rouges, *fleurs* qui poussent dans un terrain pathologique et sont particulièrement vivaces.

3° Les *modifications de l'état général*, amaigrissement, affaiblissement, anéantissement, fièvre, anémie, etc.

4° Les *changements de couleur et d'aspect* des organes génitaux internes et externes (coloration rouge, violacée ; ulcération, saillie, constituées par les plaques muqueuses ou une tumeur).

5° Les *modifications de la sonorité* de l'abdomen.

6° Les *modifications de forme, de volume, de situation et de consistance*, surtout du côté de l'utérus et des annexes.

7° Les *changements produits dans la circulation génitale* se traduisant par des souffles divers, notamment dans les cas de tumeurs.

Les symptômes rangés sous les chiffres 1, 2, 3 appartiennent à ce qu'on appelle les *symptômes rationnels ou subjectifs*, c'est-à-dire qu'ils sont perçus par la femme elle-même. Ceux des quatre dernières catégories répondent aux *symptômes physiques* ou *objectifs*, c'est-à-dire qu'ils ne peuvent être reconnus que par le médecin.

Toutefois, il vaut mieux, au point de vue pratique, examiner ces différents symptômes, comme nous allons le faire au diagnostic, en procédant successivement : 1° à l'interrogatoire ; 2° à l'inspection ; 3° à la palpation ; 4° à l'auscultation ; 5° au toucher ; 6° enfin, à l'exploration instrumentale.

III

DIAGNOSTIC GÉNÉRAL

GÉNÉRALITÉS

Après avoir *interrogé* la femme, et recueilli les divers renseignements qu'elle peut fournir sur l'histoire de sa maladie et sur les troubles douloureux et fonctionnels qu'elle éprouve, on procédera successivement, à l'*inspection*, à la *palpation* et *percussion*, à l'*auscultation*, au *toucher*, et enfin à l'*exploration instrumentale*.

Pour faire cet examen, un meuble spécial, sur lequel on pourra placer la femme en différentes positions, est indispensable.

Parmi les nombreux appareils préconisés à cet usage (fauteuils,

tables, lits) le plus simple est le meilleur, et pour ma part je donne la préférence à une simple table analogue à celle représentée par la figure 1.

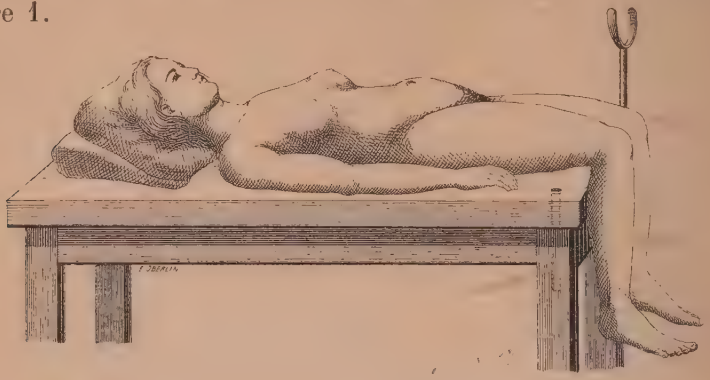


Fig. 1. — Femme étendue sur la table d'examen pour permettre la palpation.

Cette table haute de 90 centimètres, solidement construite, présente une longueur suffisante pour que la femme puisse s'y étendre

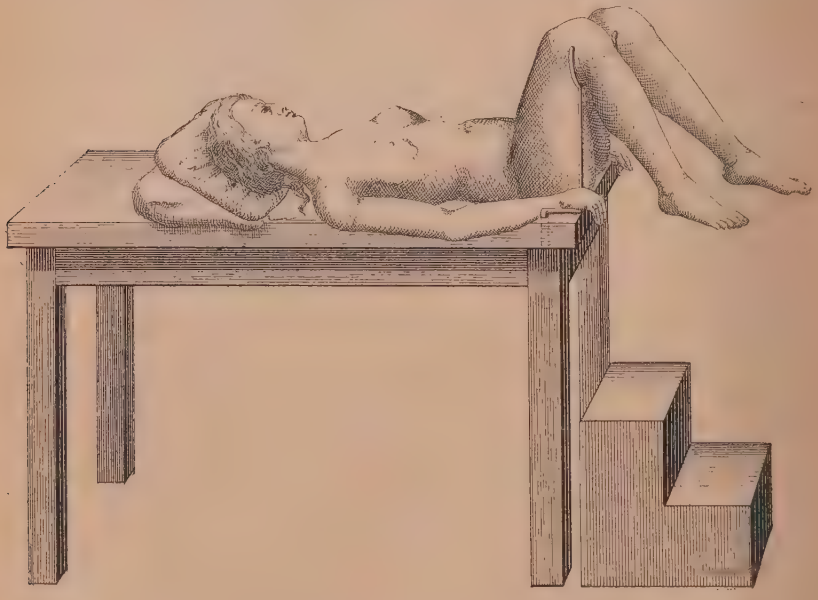


Fig. 2. — Femme en position vulvaire, les membres inférieurs maintenus par des croissants (toucher et spéculum)

complètement, sauf les jambes qui pendent à l'extrémité ; cette position allongée étant indispensable pour la facile palpation du ventre.

Au niveau des coins se trouvent des trous dans lesquels on peut glisser soit des croissants pour placer la femme comme l'indique la figure 2, soit des étriers comme le montre la figure 3. Sur la table sera posée une couverture ordinaire pliée sur elle-même de manière à adoucir le décubitus, avec un ou deux coussins mobiles pour servir d'appui à la tête de la patiente.

La femme pourra être examinée en position *dorsale*, *latérale*, ou *génupectorale*.

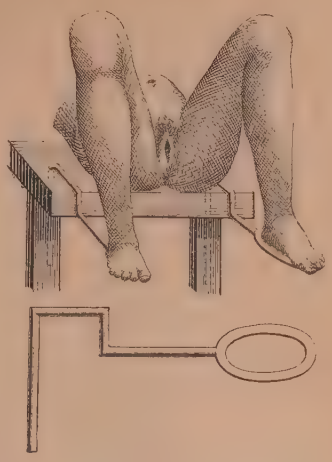


Fig. 3. — Femme en position vulvaire, les membres inférieurs étant maintenus par des étriers.

Position dorsale. La femme, suivant l'examen qu'on veut faire, est étendue sur la table comme sur un lit (fig. 1), ou placée en position vulvaire comme l'indique la figure 2; le siège affleurant le bord de la plate-forme, et chacun des pieds occupant un étrier (fig. 3) ou chacun des creux poplités un croissant (fig. 2)[1].

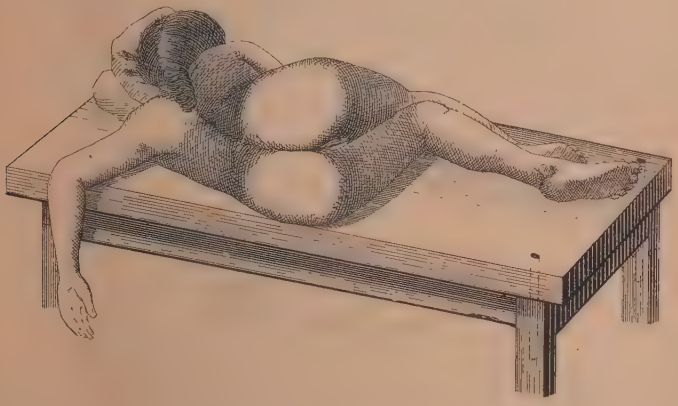


Fig. 4. — Femme couchée sur la table d'examen en position latérale gauche. Position de Sims (toucher et spéculum).

Position latérale. La femme est disposée comme le montre la

[1] Dans cette figure et les ultérieures du même genre, la femme est représentée nue afin de bien faire comprendre tous les détails de la position qu'elle doit prendre pour l'examen, mais cet examen doit être fait avec des vêtements suffisants pour sauvegarder la pudeur sans gêner l'exploration médicale. Il est indispensable, pour la palpation abdominale, que le corset soit enlevé.

figure 4. Le siège et la fesse inférieure affleurant le bord de la table. Les deux cuisses fléchies à angle droit ou à angle légèrement aigu sur le tronc, la supérieure un peu plus fléchie que l'inférieure. Il est important que le thorax soit incliné en avant, en reculant l'épaule inférieure et en avançant la supérieure, de manière à abaisser autant que possible thorax et abdomen, et à favoriser ainsi la béance du vagin; les intestins éloignés du petit bassin par l'action de la pesanteur, au lieu de comprimer les parois vaginales tendent au contraire à les écarter.

Position génupectorale. — La femme est placée sur les genoux et sur les coudes dans l'attitude indiquée par la figure 5. Les cuisses

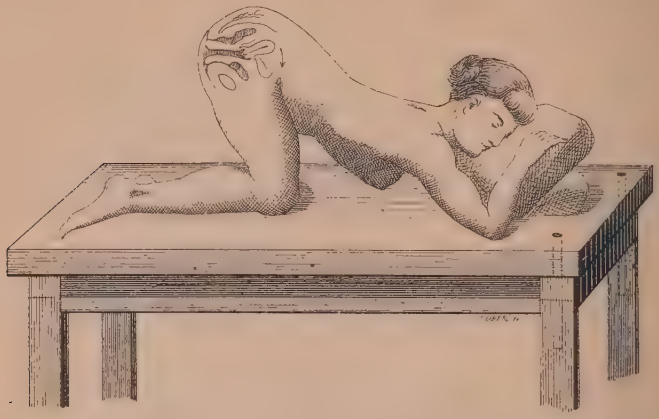


Fig. 5. — Femme placée sur la table d'examen en position génupectorale.
(La flèche indique l'action de la pesanteur sur l'utérus.)

doivent être verticales. Le tronc incliné autant que possible en avant, grâce à l'abaissement du thorax, de manière à ce que la pesanteur attire l'intestin dans la direction contraire à celle du petit bassin.

L'examen en position génupectorale doit être réservé pour des cas exceptionnels, quand on soupçonne, par exemple, une fistule vésico-vaginale, car cette attitude est désagréable à la femme et ne peut être tolérée longtemps par elle.

La position dorsale est la plus généralement usitée en France pour l'exploration gynécologique, c'est elle qui permet de pratiquer avec le plus de facilité le toucher combiné au palper. Or le *palper-toucher* est parmi les différents procédés d'investigation, le plus fécond

en renseignements. La position latérale est préférée en Angleterre et par un certain nombre de médecins aux États-Unis; elle est, en effet, meilleure pour l'examen de la paroi postérieure du bassin, et aussi pour certains cas d'exploration de la paroi antérieure du vagin ou de l'intérieur de l'utérus, mais d'une façon générale, elle est moins commode que la position dorsale et ne doit être réservée que comme méthode d'exception, de même que la position génupectorale.

Outre les trois positions horizontales dont il vient d'être question, la femme peut encore être examinée dans l'attitude verticale. Cette situation debout est indispensable dans certains cas pour s'assurer par le toucher de la situation de l'utérus, quand il existe, par exemple, un certain degré de prolapsus que la situation horizontale fait disparaître.

a. **Interrogatoire.**

La femme fournit une série de renseignements indispensables à connaître, touchant les différents systèmes de l'économie ou relativement aux organes de la sphère génitale : troubles douloureux ou troubles fonctionnels se rapportant à la miction, à la défécation, à la menstruation, au coït, aux écoulements génitaux.

L'interrogatoire renseignera également sur l'état général de la malade, amaigrissement, diminution de force, etc.

b. **Inspection.**

L'inspection portera particulièrement sur l'*abdomen* et les *organes génitaux externes*.

Au niveau de l'abdomen elle permettra de reconnaître les changements de surface (vergetures, pigmentation en cas de grossesse), et les changements de forme ou volume (distension par une tumeur, du liquide ascitique.)

L'inspection des organes génitaux externes est des plus importantes en gynécologie, alors même que les symptômes accusés par la femme ne font pas soupçonner leur état pathologique; leur coloration violacée conduit parfois à supposer l'existence d'une grossesse; la présence d'ulcérations soulève la question de la syphilis. — En séparant les grandes et petites lèvres, on aperçoit le méat urétral (petits polypes fréquents, goutte purulente de l'urétrite), l'orifice vulvo-vaginal (hymen ou ses débris; écoulements leucorrhéiques, sanguins).

En écartant transversalement les fesses, on facilite l'exploration du périnée et de l'anus (déchirure du périnée, hémorrhoïdes).

En introduisant un doigt dans l'anus on peut repousser la paroi vaginale postérieure par l'orifice vulvaire (rectocèle artificielle) et l'explorer ainsi sans instrument ; — de même en refoulant à l'aide d'un doigt placé dans le vagin, la muqueuse rectale vers l'orifice anal, on peut la faire saillir et en voir le détail (procédé du retournement, *Courty*).

L'inspection, facilitée par l'emploi d'instruments (spéculum, endoscope, etc.), permet l'examen des cavités vésicale, vagino-utérine, rectale; cette étude sera faite avec l'*exploration instrumentale*.

c. **Palpation et percussion.**

L'œil ayant terminé son rôle investigateur, nous nous adressons au tact; la palpation fait suite à l'inspection. — La percussion n'est qu'une variété de palpation, dans laquelle on imprime une secousse brusque aux tissus, soit pour déterminer certains phénomènes comme le flot dans l'ascite, soit pour apprécier la sonorité de la région explorée; dans ce dernier cas, l'ouïe participe à l'exploration, l'auscultation vient aider le palper.

A l'aide de la *palpation* on peut apprécier la température de la peau, en pinçant la paroi abdominale se rendre compte de son épaisseur, puis, en déprimant cette paroi, délimiter les contours, et apprécier le contenu des tumeurs développées dans l'abdomen.

La palpation pour être bien faite demande une grande douceur; chez les femmes obèses ou à parois sensibles le palper ne sera fructueux qu'à cette condition; exceptionnellement, en cas de diagnostic douteux et dont la nécessité s'impose, il faudra le faire sous le chloroforme.

Quand, les deux mains appliquées aux extrémités d'une tumeur, nous exerçons une pression avec l'une d'elles, si la tumeur est solide nous sentons avec la main restée immobile un déplacement en masse. S'il s'agit d'une collection liquide, la main témoin sent une sorte d'ondulation, due au déplacement du contenu, et désignée sous le nom de *fluctuation*. Si enfin avec cette même tumeur liquide, nous imprimons d'un côté un choc brusque, comme on peut le produire avec une chiquenaude par exemple, la main réceptrice éprouve une sensation de choc, auquel on a donné le nom de *flot*. La fluctuation et le flot ont donc entre eux une grande analogie; également révélateurs d'une tumeur liquide, l'une se

produit par une simple *pression*, l'autre par une véritable *percussion*.

C'est par des secousses analogues à celles qui font percevoir le flot, qu'on arrive parfois à sentir le *ballottement*, généralement dû à la présence d'un fœtus, exceptionnellement à des tumeurs abdominales nageant dans du liquide ascitique. Une simple mention pour le *frémissement hydatique*.

Enfin par la percussion, aidée de l'oreille, on pourra, en opérant comme on est habitué à le faire pour l'exploration thoracique, savoir si le contenu de la région examinée est solide ou gazeux, suivant qu'il y a matité ou sonorité tympanique.

d. **Auscultation**

L'auscultation de l'abdomen et des organes génitaux n'a d'importance, que pour le diagnostic différentiel de la grossesse avec les différentes tumeurs, susceptibles de la simuler. Les souffles variés que l'oreille peut percevoir en dehors de la gravidité n'ont à l'exception des anévrismes aortiques qu'un intérêt théorique.

e. **Toucher.**

SOMMAIRE

Définition.
Variétés.
I. *Toucher urétro-vésical.*
II. *Toucher ano-rectal.*
III. *Toucher vagino-utérin.*
1° *Préliminaires* { *a.* femme. *b.* gynécologue.
2° *Exécution du toucher.*
1° Etape vulvaire.
2° — vaginale.
3° — utérine.
4° — périutérine.
5° — pelvienne.

On réserve le nom de *toucher* à une variété de palper, qui ne se fait pas en surface comme ce dernier mode d'investigation, mais en profondeur. Le palper est externe et se pratique à travers la peau; le toucher est interne et a lieu au contact des muqueuses.

Il y a trois variétés de toucher :

L'urétro-vésical;
L'ano-rectal;
Le vagino-utérin.

I. — TOUCHER URÉTRO-VÉSICAL

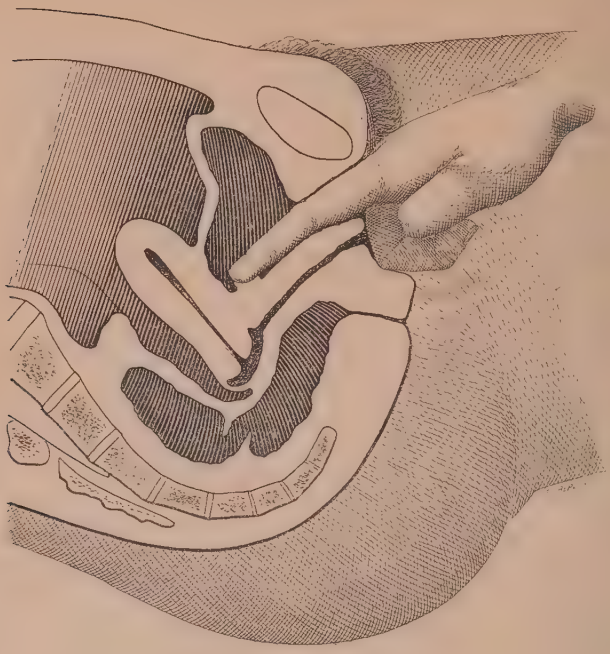


Fig. 6. — Toucher urétro-vésical.

Cette exploration exige la dilatation préalable de l'urètre, que

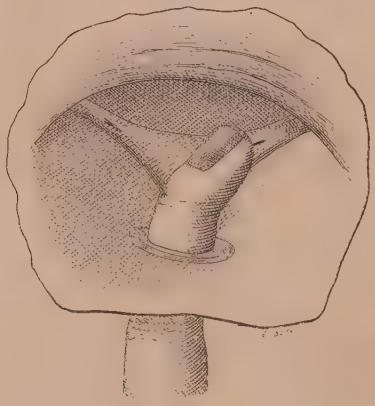


Fig. 7. — Toucher urétro-vésical fait en vue du cathétérisme des uretères

Simon conseille de pratiquer à l'aide de petites sondes en gomme durcie et de volume croissant.

Ce toucher est très rarement pratiqué, et ne peut être réellement utile que pour éclairer un diagnostic douteux de tumeur urétro-vésicale ou pour le cathétérisme des uretères.

II. — TOUCHER ANO-RECTAL

Le *toucher rectal*, fait après évacuation préalable des matières fécales, pourra renseigner sur le volume de l'utérus, sur le siège

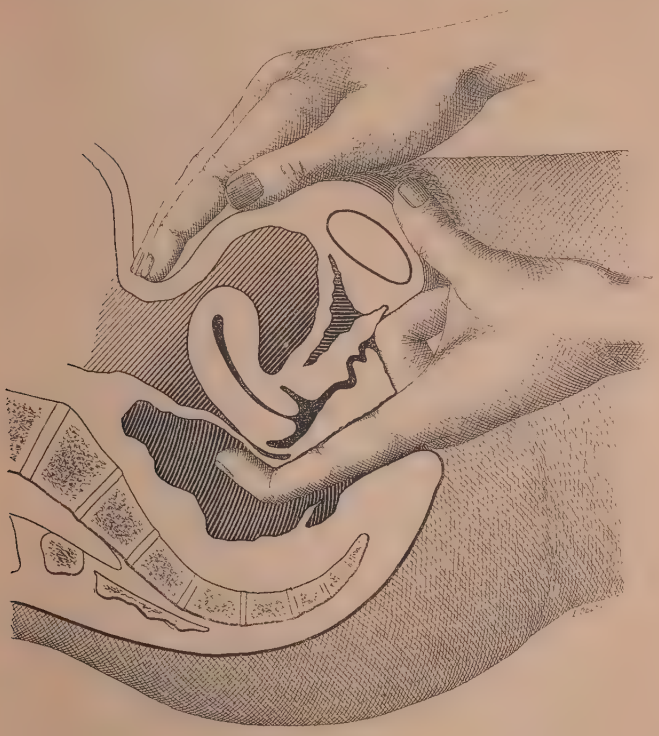


Fig. 8. — Toucher rectal combiné à la palpation abdominale.

exact des tumeurs, qui seraient placées en arrière de lui, et sur les affections de l'anus et du rectum.

On y aura surtout recours, quand l'exploration vaginale est rendue difficile ou impossible par un obstacle quelconque : vaginisme, rétrécissement ou oblitération cicatricielle du vagin, hymen intact ou trop étroit.

Mais ces conditions sont exceptionnelles, et dans la grande

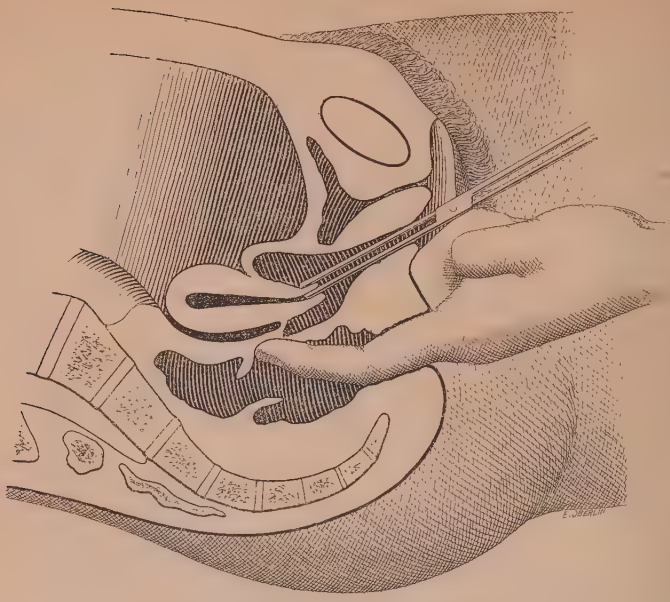


Fig. 9. — Toucher rectal avec abaissement artificiel de l'utérus.

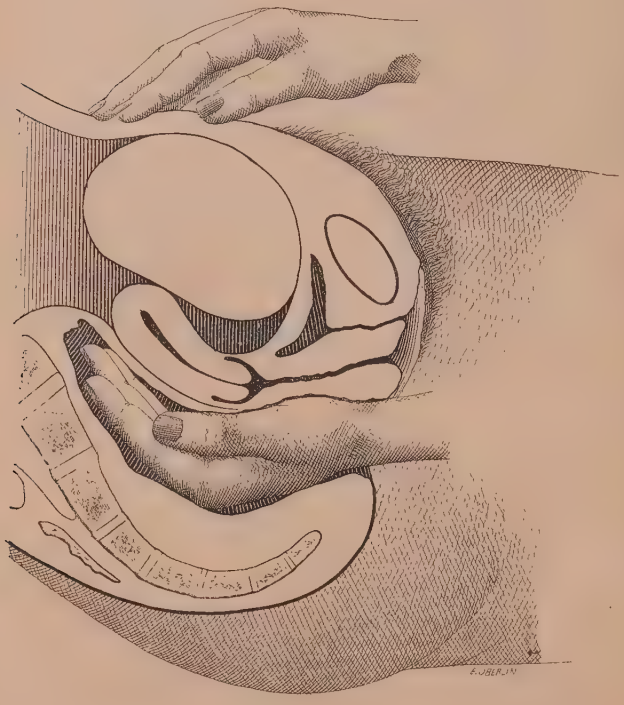


Fig. 10 — Toucher manuel du rectum. (Méthode de Simon.)

majorité des cas on pratiquera, à moins de maladies ano-rectales, le toucher vaginal.

Dans certains cas pour explorer la face postérieure de l'utérus par le toucher rectal, on pourra abaisser le col utérin saisi avec une pince de Museux (fig. 9). Ce mode d'exploration fournira parfois des renseignements précieux.

Le toucher *manuel* du rectum conseillé par Simon (fig. 10) exige l'emploi du chloroforme, il expose à la rupture du rectum, à l'incontinence des matières fécales, par relâchement du sphincter; c'est un moyen violent et dangereux, qu'on réservera pour des cas tout à fait exceptionnels.

III. — TOUCHER VAGINO-UTÉRIN

Le *toucher vaginal* peut être fait, la femme étant debout ou couchée.

La position debout permet un examen rapide et sommaire, mais très incomplet.

La position horizontale est la seule qui rende possible une exploration consciencieuse et suffisante, et, sauf rares exceptions, c'est toujours à elle qu'il faudra recourir.

La femme sera placée dans la même position que pour le palper, ou plutôt laissée dans cette position, puisqu'on pratique généralement le toucher après le palper (fig. 1), on exigera simplement un écartement un peu plus marqué des cuisses. La position du spéculum (fig. 2 et 3) est également bonne pour le toucher vagino-utérin, c'est même celle que préfèrent la plupart des gynécologues, afin de n'avoir pas à déplacer la femme pour appliquer le spéculum.

Le toucher peut aussi avoir lieu dans les positions latérale ou génupectorale, mais c'est dans la position dorsale qu'il fournit les meilleurs résultats, car on peut le compléter par le *palper abdominal*, qu'il ne faut jamais oublier de lui associer, sous peine de rendre l'exploration bien moins complète (fig. 11). La main abdominale en effet, en abaissant les organes pelviens, les amène à la rencontre du doigt qui pratique le toucher et facilite ainsi leur examen.

Le toucher peut être :

Unidigital : pratiqué avec l'index, les autres doigts étant fléchis et repliés dans le creux de la main.

Bidigital : index et médius. L'introduction des deux doigts vu la longueur plus considérable du médius permet de pénétrer plus pro-

fondément, et on y aura recours sans inconvénient chez les multigestes. Les deux doigts peuvent être introduits dans le vagin,

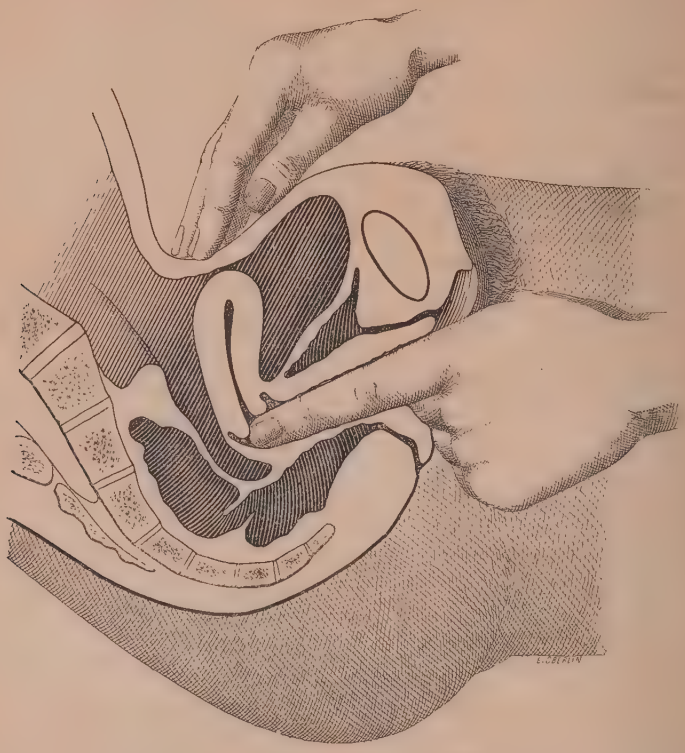


Fig. 11. — Toucher vaginal combiné à la palpation abdominale (toucher-palper).

ou glissés, l'un dans le vagin, l'autre dans le rectum (fig. 12), ainsi que l'a indiqué *Récamier*.

Manuel : on fait pénétrer toute la main dans les organes génitaux, le plus souvent pour aller au moment de l'accouchement explorer le contenu de l'utérus dans le cas de présentation vicieuse par exemple. La main ne peut guère être introduite sans usage du chloroforme.

Ainsi qu'il a été dit, le toucher doit être combiné au palper (*exploration digitale combinée*) (fig. 11); les deux mains s'entr'aidant, l'une à l'intérieur, l'autre à l'extérieur, fournissent des résultats bien plus précis et complets que ceux donnés par le toucher ou la palpation, pratiqués isolément.

Quand le doigt n'est pas assez long pour atteindre l'organe qu'on veut explorer, l'autre main, venant en aide à travers la

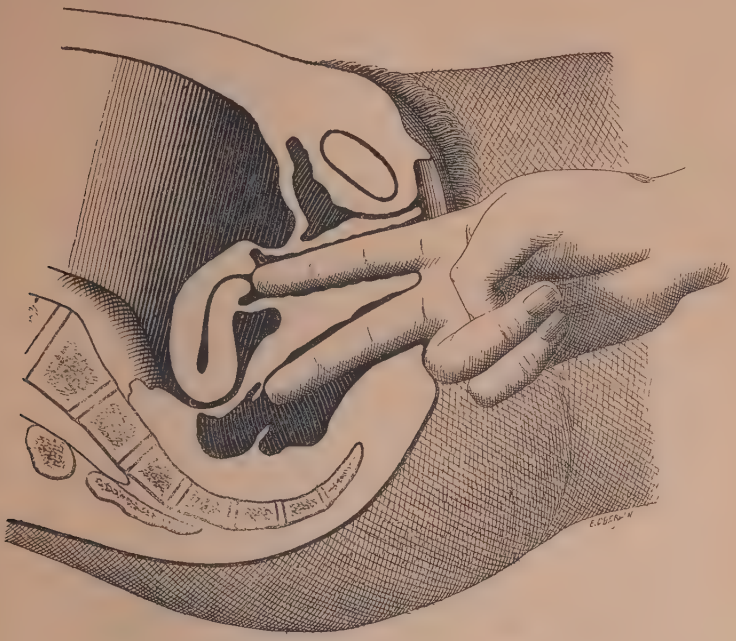


Fig. 12. — Toucher vagino-rectal combiné.

paroi abdominale, amène en l'abaissant l'organe réfractaire.

C'est ainsi que d'une façon indirecte s'allonge le doigt, qui par l'exercice arrive à explorer avec facilité tout le contenu pelvien.

Le secret de l'exploration génitale consiste à savoir jouer de la paroi abdominale.

On peut décrire cinq étapes au toucher vagino-utérin :

1° Etape vulvaire,
2° — vaginale,
3° — utérine,
4° — periutérine,
5° — pelvienne.

1° ÉTAPE VULVAIRE

La vulve étant facilement accessible à la vue, l'accoucheur explorera avec plus de fruit cette région par l'œil que par le doigt [1].

[1] Quelques femmes refusent par pudeur l'inspection des organes génitaux et permettent

Dans cette première étape vulvaire, il est deux orifices qu'il faut s'habituer à reconnaître facilement, l'*urétral* pour pratiquer le cathétérisme quand la femme ne veut pas être découverte ou que l'œdème vulvaire gêne l'accès du vestibule, le *vaginal* qui doit conduire le doigt vers le col utérin.

On commencera par la *recherche de l'orifice vaginal :* pour ce faire, l'index tenu verticalement sera, en cheminant le long de la face interne des cuisses, amené au contact de la région vulvo-périnéale, arrêté en ce point le long de son bord radial, il sera promené transversalement à la surface des organes génitaux jusqu'à ce qu'il rencontre la fente vulvaire ; à ce moment l'extrémité du doigt se trouve, en général, au contact du périnée, et en la remontant légèrement elle arrive au niveau de l'orifice vaginal dans lequel elle pénètre sans difficulté.

Pour déterminer la *situation de l'orifice urétral*, l'index après avoir trouvé l'orifice vaginal, explore de bas en haut le vestibule, et rencontre un petit pertuis, du diamètre d'une lentille environ, qu'il sait avec un peu d'exercice reconnaître assez aisément. Quand cet orifice est trouvé, il est facile de porter jusqu'à lui le cathéter, qu'on veut faire pénétrer dans la vessie.

2° ÉTAPE VAGINALE

Le doigt en parcourant le vagin de la superficie vers la profondeur franchit successivement l'orifice vulvo-vaginal, où il peut être arrêté par le constricteur de la vulve (vaginisme inférieur). Un peu plus loin un nouvel anneau musculaire constitué par le releveur coccy-périnéal, et qui peut également se contracter ou se contracturer (vaginisme supérieur).

Continuant son chemin, le doigt suivant tantôt la paroi antérieure, tantôt la postérieure, tantôt la latérale droite ou gauche, arrive dans les culs-de-sac correspondants, qui entourent en couronne le col de l'utérus.

Je signale en passant l'importance de rechercher attentivement les vagins doubles, qui passent souvent inaperçus [1].

le toucher, c'est une pudeur bien mal comprise, car le toucher vulvaire, s'adressant à des organes d'une sensibilité spéciale très accentuée, est loin d'offrir la décence et la réserve de l'examen oculaire.

[1] A l'hôpital de Lourcine pendant mon internat, j'ai soigné et examiné au spéculum une jeune femme atteinte de vaginite, et ne me suis aperçu de la duplicité du vagin qu'au bout de quelques examens. D'autres personnes avaient également laissé passer la malfor-

3° ÉTAPE UTÉRINE

Pour atteindre le col utérin dans les cas difficiles il faut, le siège de la femme étant élevé :

1° Abaisser le coude jusque sur le plan du lit, on place ainsi le doigt dans la bonne direction pour arriver au but ;

2° Ecarter successivement les grandes et petites lèvres de chaque côté, de manière à insinuer la main entre elles ; grâce à cette petite manœuvre, on pénètre aisément un travers de doigt plus loin.

Quand le col utérin est examiné, on peut en déprimant successivement chaque cul-de-sac, pendant que la main abdominale appuie de haut en bas dans la direction ombilico-coccygienne, explorer les faces antérieure, latérales et postérieure de l'utérus.

4° ÉTAPE PÉRI-UTÉRINE

En déprimant la paroi vaginale, circulairement du cul-de-sac postérieur à l'antérieur, le doigt rencontre :

Le rectum ;
L'ovaire . . . . . / ligaments
Les trompes . . . (larges.
Le ligament rond /
Les vessie, uretères, urètre.

L'exploration de l'ovaire, des trompes et surtout du ligament rond et des uretères demande une grande habitude du toucher, et parfois le doigt le plus exercé ne peut les sentir.

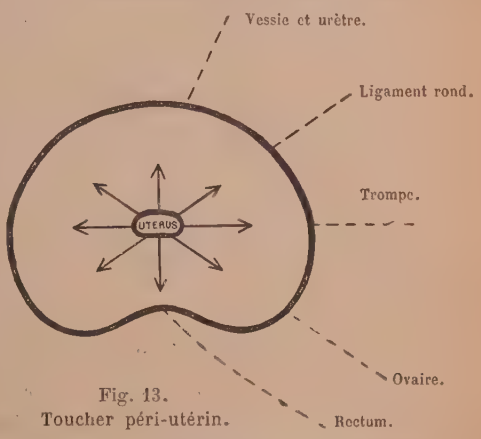


Fig. 13.
Toucher péri-utérin.
Flèches indiquant la direction dans laquelle le doigt devra pratiquer l'exploration péri-utérine.

mation. Une année auparavant cette même femme était restée pendant deux mois dans une autre salle du même hôpital, soignée pour une maladie génitale, et sur son observation le vagin double n'était pas mentionné. La cloison arrivait à un centimètre de l'orifice vaginal.

Dans un autre cas, examinant avec un collègue, une femme en travail, l'ayant touchée l'un et l'autre d'une main différente nous arrivions sur un col dont les modifications n'étaient pas les mêmes. Aucun de nous n'avait remarqué la duplicité du vagin qui s'étendait jusqu'à l'orifice vulvo-vaginal (on pouvait voir la cloison en écartant les grandes et les petites lèvres). Nous retouchâmes une seconde fois la femme sans nous apercevoir de la malformation génitale, et à un troisième examen seulement, le doigt ayant accidentellement rencontré la cloison, notre désaccord s'expliqua ; chacun de nous placé d'un côté différent de la femme pénétrait en pratiquant le toucher, dans un vagin différent.

La direction dans laquelle, le doigt quittant l'utérus rencontrera ces différents organes, est représentée par les flèches de la figure 13.

Ces différents organes sont plus faciles à trouver, quand ils deviennent le siège d'une affection pathologique quelconque, et c'est d'ailleurs, en pareille circonstance que leur exploration devient utile.

Tous les ligaments, qui sont dans la sphère utérine (utéro-sacré, tubo-ovarien, utéro-ovarien, utéro-pubien, ligament rond), ne peuvent être que difficilement sentis par le doigt à l'état normal parce qu'ils ne sont pas tendus.

La *tension* seule les révèle au doigt explorateur, qu'elle soit *pathologique* ou *artificielle*.

Pathologique, quand une inflammation locale source de rétraction, un déplacement utérin ou une tumeur en est la cause.

Artificielle, lorsque le doigt ou un instrument écarte l'utérus, et par cette action arrive à tirailler ces ligaments.

5° ÉTAPE PELVIENNE

En déprimant fortement le vagin et les tissus mous avoisinant, on peut sans douleur réelle pour la femme, explorer la paroi pelvienne, et même arriver jusqu'au détroit supérieur et à l'angle sacro-vertébral.

Résumant ce qui vient d'être dit au sujet de l'exploration péri-utérine et le complétant par les détails de l'exploration pelvienne, nous aurons successivement en partant des divers culs-de-sac et en suivant la direction des flèches du schéma 13 :

1° *Cul-de-sac postérieur :*
- *a.* Rectum.
- *b.* Coccyx, sacrum, promontoire.

2° *Cul-de-sac antérieur :*
- *a.* Vessie, uretères, urètre.
- *b.* Pubis. Points supérieur et inférieur de la symphyse.

3° et 4° *Culs-de-sac latéraux :*

1° Direction du ligament rond.
- *a.* Ligament rond.
- *b.* Branche ischio-pubienne. Trou obturateur. Branche ilio-pectinée.

2° Direction de la trompe :
- *a.* Trompe.

b. Ischion et épine sciatique, quadrilatère-cottyloïdien. Détroit supérieur correspondant.

3° Direction de l'ovaire :

a. Ovaire.

b. Grand et petit ligaments sacro-sciatiques. Grande échancrure sciatique. Détroit supérieur correspondant.

Le toucher vaginal est sans danger à la double condition d'être fait avec des doigts aseptiques dans un vagin également aseptique, et d'être pratiqué avec douceur. Si ces précautions en effet ne sont pas prises, on peut voir des accidents septicémiques (lymphangite périutérine) être la conséquence du toucher, l'ongle ayant blessé le col et inoculé à ce niveau des microbes ; en outre si le toucher est fait avec brusquerie on peut amener la rupture d'abcès salpingiens ou autres, avec accidents péritonitiques promptement mortels.

f. **Exploration instrumentale.**

SOMMAIRE

- *a.* Exploration génitale.
  - 1. Vagin. — Spéculum.
  - 2. Utérus. — Hystéromètre.
  - Examen direct : Endoscope. Toucher. Inspection.
  - 3. Annexes.
- *b.* Exploration urinaire.
  - 4. Urètre.
  - 5. Vessie.
  - 6. Uretères.
- *c.* Exploration intestinale. — 7. Anus et rectum.

1° VAGIN

Pour permettre l'exploration oculaire du vagin, l'emploi d'un instrument spécial écartant les parois de cette cavité est indispensable ; le spéculum (de *specere*, regarder) répond à cet usage.

Le nombre des spéculums inventés ou modifiés par les gynécologues est considérable et égale presque celui des forceps en obstétrique ; je me limiterai à la description des types principaux et indispensables.

Les spéculums se divisent en deux grandes catégories : les uns en forme de tubes, les autres constitués par une ou plusieurs valves.

a. — Spéculums tubulés.

Fig. 14. — Spéculum de Fergusson.

Le plus connu et le plus employé est celui de Fergusson (fig. 14). Il se compose d'un cylindre, évasé d'un côté et taillé en bec de flûte de l'autre, de manière à faciliter son entrée dans l'orifice vulvo-vaginal. Ce tube est tantôt en caoutchouc durci et garni en son intérieur d'une véritable glace, tantôt en métal; cette dernière variété est de beaucoup préférable car elle est moins fragile, plus aseptique, et permet de faire avec plus de sécurité les applications caustiques sur le col, ou les cautérisations au fer rouge [1].

b. — Spéculums valvés.

1° *Multivalve.* — Tel le spéculum de Ricord à quatre valves (fig. 15); il en existe encore de plus compliqués. Ces

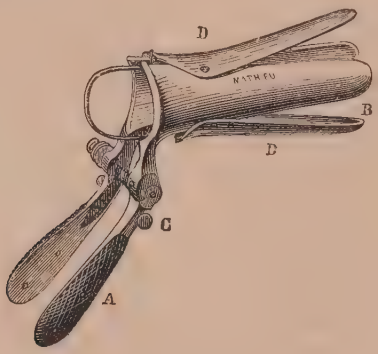


Fig. 15. — Spéculum quadrivalve de Ricord.

spéculums ne présentent aucun avantage sérieux sur les bivalves qu'on leur préfère généralement et avec raison.

2° *Bivalve.* — Le spéculum de Cusco (fig. 16) est le modèle le plus commode et le plus parfait de cette variété. Les deux valves dont il se compose, articulées en bec de canard, s'appliquent l'une à la paroi antérieure du vagin, et l'autre à la paroi postérieure, l'écartement de leur extrémité ouvre largement le canal vaginal, et permet de voir avec la plus grande facilité le col de l'utérus.

[1] Le spéculum métallique rend inutile l'usage du spéculum en bois, qu'on employait fréquemment il y a quelques années.

3° *Univalve.* — Le spéculum de Sims (fig. 17) est le plus connu parmi les univalves. Il se compose, il est vrai, de deux valves

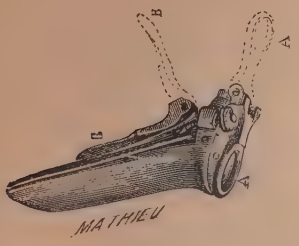


Fig. 16.
Spéculum bivalve de Cusco.

Fig. 17.
Spéculum univalve de Sims.

d'inégal volume, mais chacune d'elles est destinée à être employée à l'exclusion de l'autre. L'examen vaginal ne se fait que par l'introduction d'une seule valve.

4° *Combiné.* — Souvent, pour pratiquer un examen vaginal complet, il est nécessaire d'avoir soit un spéculum bivalve, soit un uni-

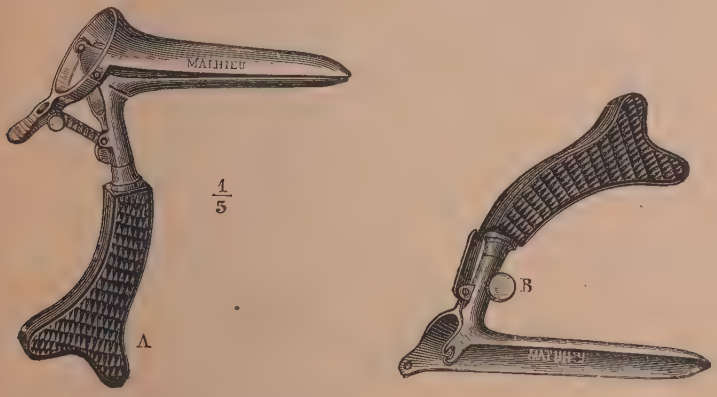


Fig. 18. — Spéculum univalve et bivalvé. (Auvard.)

valve. Pour éviter de se charger de ces deux instruments, je les ai réunis en un seul (fig. 18).

La valve supérieure mobile permet d'avoir à volonté un spéculum bivalve ou univalve. Le manche de bois est lui-même mobile, et peut, soit être enlevé, soit articulé dans les deux sens indiqués par la figure ci-jointe (fig. 18).

Connaissons les principaux temps de spéculum, étudions leur mode d'emploi dans chacune des positions de la femme.

Position génu-pectorale. — Employer le spéculum univalve qui, permettant de soulever la paroi postérieure du vagin, donnera à la vue toute entière sur les parois utérines et latérales.

Position latérale. — La femme étant couchée dans la position latérale ou anglaise, indiquée précédemment (fig. 4), on peut se

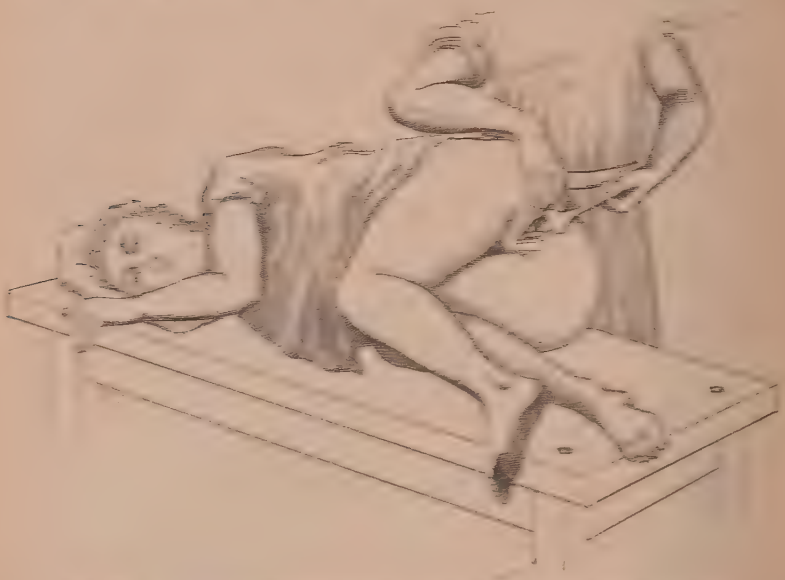


Fig. 28. — Application du spéculum univalve dans la position latérale.

servir d'un spéculum cylindrique ou bivalve, mais c'est avec raison qu'on donne la préférence à l'univalve (fig. 28). L'instrument appliqué suivant le périnée et la paroi vaginale postérieure est ainsi

Fig. 29. — Dépresseur de Sims.

dans la direction du vagin. Le manche à corne longeant le vagin. Si la paroi antérieure insuffisamment soulevée par le spéculum, ne laisse pas voir largement à découvert le col utérin, on l'éloignera à l'aide du doigt ou d'un écarteur (fig. 29).

Position spéciale.

On fera plus volontiers usage des spéculums cylindriques ou cylindro-coniques.

Le spéculum cylindrique valve, pour être facilement introduit, qu'on incline de 45 degrés à droite l'orifice vulvo-vaginal en dégageant fortement la fourchette avec l'extrémité de l'instrument par cette manœuvre on verra en quelque sorte à bouche ouverte apparaître l'instrument. Pour introduire ainsi un cylindre le spéculum

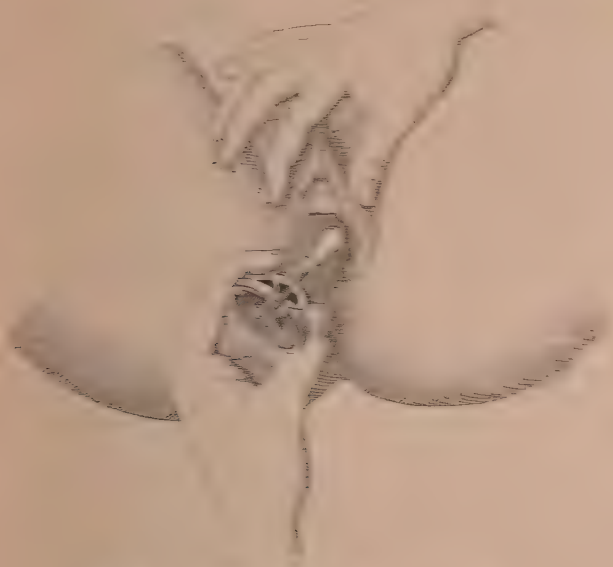


Fig. 2. — Instruments et manœuvres.

en abordant surtout ainsi possible l'ouverture des deux petites vulves internes et postérieure est intérieure rendant forcément à l'orifice utérin.

L'instrument spéculum demande moins tâtonnement pour l'introduire il permet une exploration plus complète de l'intérieur du vagin. — Pour l'introduire, présenter obliquement (fig. 2) à l'orifice vulvo-vaginal l'extrémité des valves. Deux opérateurs l'une saisit l'autre écarte les spéculums ferme. — après avoir fait pénétrer l'instrument à un ou deux centimètres, le placer transversalement puis en l'ouvrant légèrement l'enfoncer en abaissant comme fait à l'heure l'intérieur des deux petites vulves. Quand le valves

découvert on écarte largement les deux valves, et on les fixe dans cette dernière position à l'aide de la vis placée sur les manches à cet effet. — Pour enlever le spéculum, on desserre la vis d'écartement, tout en maintenant éloignées les valves pour ne pas pincer le col, puis on retire doucement l'instrument en le laissant progressivement se fermer ; au moment où les valves s'échappent de l'orifice

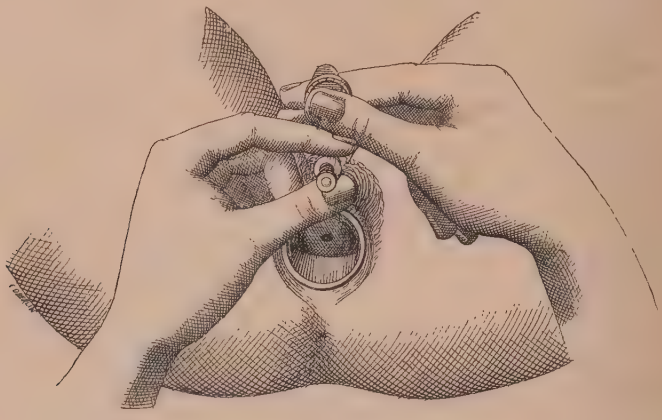


Fig. 22. — Découverte du col.

vulvo-vaginal, avoir soin qu'une fausse manœuvre n'amène pas leur écartement sans quoi elles heurtent la surface vulvaire d'une façon désagréable pour la femme.

L'examen au spéculum doit autant que possible ne pas être omis dans une exploration génitale, car il arrive souvent qu'un état pathologique du col (ulcération, chancre mou) passe inaperçu au doigt alors qu'il devient très net à la vue. En un mot il ne faut pas croire qu'un col est normal quand il semble tel au doigt, mais s'en assurer par la vue au moyen du spéculum.

2° UTÉRUS

Le spéculum permet d'apercevoir la surface vaginale du col, mais pour explorer l'intérieur de l'utérus, d'autres instruments sont nécessaires.

Une tige rigide, malléable ou souple, introduite dans la cavité utérine mesure l'étendue longitudinale, et vérifie en même temps la direction du canal utérin. L'instrument dont on se sert pour pratiquer le cathétérisme s'appelle hystéromètre[1].

[1] υστερα matrice, μετρον mesure.

Parmi les nombreux hystéromètres je cite les trois suivants, l'un rigide (fig. 23), l'autre malléable (fig. 24), le troisième flexible

Fig. 23. — Hystéromètre rigide de M. Auvard.

Fig. 24. — Hystéromètre malléable de Sims.

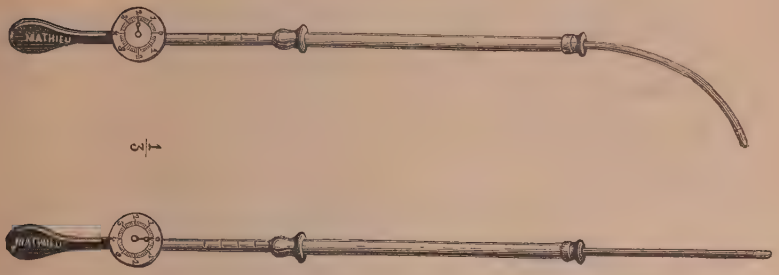


Fig. 25. — Hystéromètre flexible de M. Terrillon, avec cadran indicateur.

(fig. 25). Ce dernier a l'avantage de traduire sur le petit cadran les déviations de l'utérus.

L'hystéromètre rigide ordinaire à grosse extrémité bien mousse est le meilleur, car il est le plus aseptique et le plus simple.

Deux précautions préliminaires sont indispensables toutes les fois qu'on veut pratiquer l'hystérométrie.

1° S'assurer que la femme n'est pas enceinte. S'abstenir en cas de doute ;

2° Vérifier s'il n'existe aucune inflammation aiguë ou subaiguë de l'utérus ou de ses annexes ; le cathétérisme en effet, pratiqué dans ces conditions, est susceptible d'amener une recrudescence dans les accidents locaux. Le réveil de l'inflammation ou sa production étant dus à la pénétration d'éléments septiques, on comprend combien il est nécessaire de faire usage d'instruments aseptiques, et de nettoyer préalablement le vagin ; on devra également renoncer momentanément à l'hystéromètre, si on suppose que l'utérus renferme quelque élément infectieux, auquel un traumatisme intra-utérin pourrait ouvrir la voie des lymphatiques.

L'hystérométrie peut être pratiquée dans les trois positions de la femme ; on préfère en général la position dorsale ou latérale. — L'emploi préalable du spéculum facilite l'accès du col, mais il modifie la situation normale de l'utérus, et empêche par conséquent de recueillir un des principaux renseignements qu'on demande à l'hystéromètre, c'est-à-dire la direction du canal utérin. Aussi est-il préférable de pratiquer le cathétérisme sans spéculum : l'extrémité de l'hystéromètre est portée jusqu'au museau de tanche à l'aide

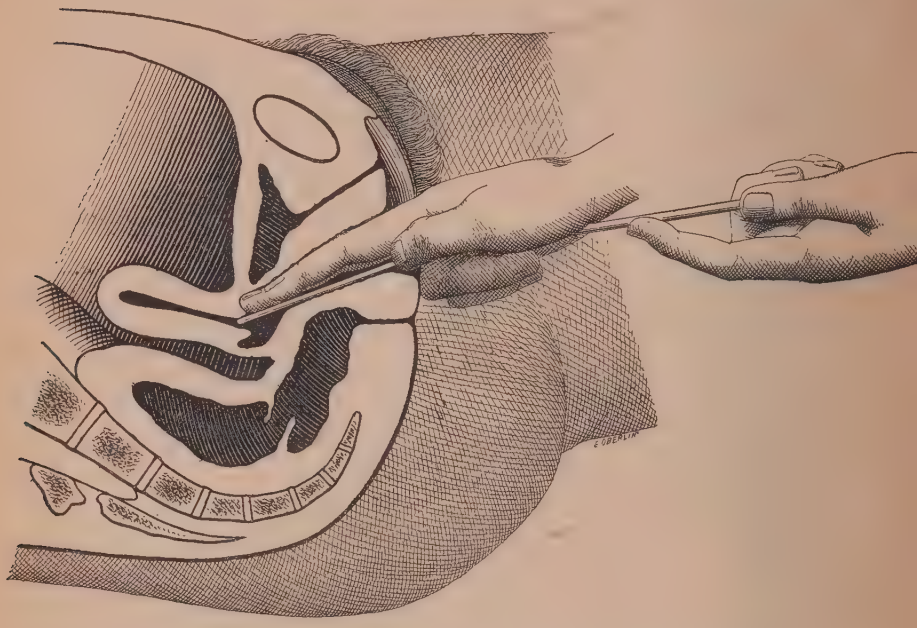


Fig. 26. — Introduction de l'hystéromètre sans l'aide du spéculum.

de l'index seul ou de l'index et médius de la main droite introduits dans le vagin (fig. 26), puis tout en laissant le ou les doigts en place, on pousse avec l'autre main lentement le cathéter dans la direction supposée de la cavité utérine. L'hystéromètre pénètre sans difficulté jusqu'à l'isthme au niveau duquel il est en général arrêté ; on incline alors la pointe en différents sens, au besoin on imprime un mouvement de rotation à l'instrument qui ne tarde pas à s'avancer jusqu'à ce qu'il arrive au fond de l'utérus ; ce dont on est averti par la résistance qu'on éprouve, et par une légère douleur à tendance suffocante éprouvée par la femme. On retire l'instrument,

en maintenant le doigt vaginal au point de l'instrument correspondant à l'orifice externe; on peut ainsi mesurer la longueur de l'utérus. Quant à la direction du canal utérin elle est appréciée par les mouvements imprimés à l'hystéromètre au fur et à mesure de sa pénétration.

Au lieu de cet examen indirect de la cavité utérine, on peut procéder à un examen direct avec l'endoscope, le doigt, ou en ouvrant suffisamment la cavité utéro-cervicale, pour permettre l'inspection directe.

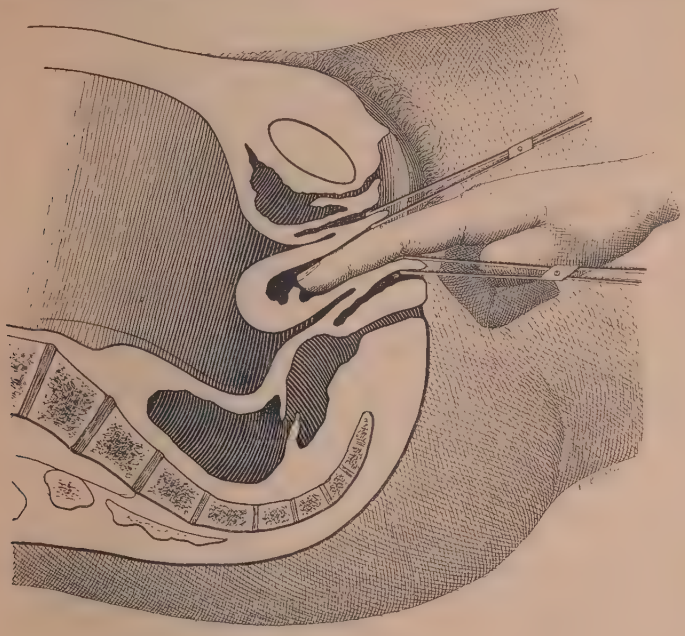


Fig. 27. — Toucher intra-utérin avec abaissement de l'utérus.

L'usage de l'endoscope est abandonné, car cet instrument ne laisse voir que des détails insignifiants.

Le *toucher utérin* (fig. 27) est au contraire une source précieuse de diagnostic ; il exige pour être pratiqué deux précautions préalables :

1° La dilatation du col ;

2° L'abaissement de l'utérus que nous étudierons au chapitre *Opérations*.

On arrive ainsi à faire pénétrer le doigt dans la cavité utérine, et à découvrir les altérations de la muqueuse, les tumeurs, les malformations dont il peut être le siège.

Pour permettre à la vue l'accès direct de la cavité utérine, on a

proposé divers dilatateurs ou spéculums intra-utérins, tel celui représenté par la figure 28 ; mais ces instruments ne donnent pas une

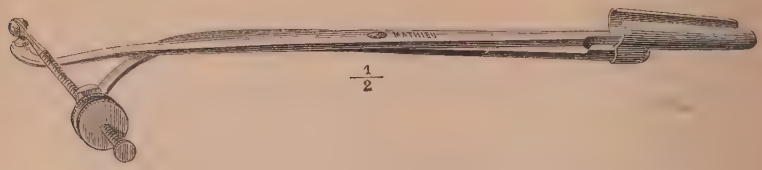


Fig. 28. — Spéculum intra-utérin de Barnes.

ouverture suffisante du col, et il est nécessaire de dilater plus largement le canal cervical, ce qu'on pourra obtenir à l'aide de la méthode de Vulliet qui sera décrite ultérieurement.

3° ANNEXES

Les annexes, à moins d'ouverture de la cavité abdominale, sont à peu près inaccessibles à l'exploration instrumentale. La ponction capillaire de certains kystes doit être mentionnée ici comme pouvant fournir de précieux renseignements. Peut-être arrivera-t-on à explorer par l'utérus la trompe pathologique, de même qu'on pratique le cathétérisme des uretères par la vessie ?

4° URÈTRE

L'urètre peut être exploré à l'aide d'un cathéter métallique ou élastique permettant d'en reconnaître la sensibilité et la largeur. On a également préconisé des endoscopes urétraux et vésicaux dont

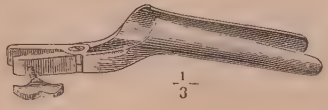


Fig. 29 — Spéculum urétral (Mathieu).

l'usage est très restreint, mais qui pourront être utiles en certains cas. L'emploi d'un spéculum spécial pourra parfois rendre quelques services. Je ne parle pas du toucher après dilatation préalable dont il a été précédemment question.

5° VESSIE

L'exploration instrumentale, la plus pratiquée pour la vessie, et

la plus féconde en renseignements se fait avec un cathéter métallique, permettant d'en parcourir toute la surface.

6° URETÈRES

Le cathétérisme des uretères a quelques avantages pratiques. Il permet de rétablir la perméabilité du canal obturé à la suite de coliques néphrétiques, de faire cesser la rétention d'urine dans le bassinet, et d'enrayer les progrès de l'hydronéphrose. En s'assurant du bon fonctionnement d'un rein, il a été possible de pratiquer la néphrectomie du côté opposé, et dans d'autres cas, les troubles fonctionnels du rein opposé ont contre-indiqué l'opération. Alors que le diagnostic était hésitant entre une tumeur ovarienne et un rein flottant malade, le cathétérisme de l'uretère correspondant a fait reconnaître la tumeur ovarienne à la direction régulière du canal et à l'intégrité de la fonction rénale. Enfin, chez une hématurique, la constatation successive du sang dans chacun des uretères a permis d'écarter le diagnostic d'affection organique d'un rein à opérer, et conduit au diagnostic d'une double pyélite chronique.

Trois procédés ont été préconisés pour pratiquer le cathétérisme de l'uretère :

Celui de Simon, qui consiste à dilater préalablement l'urètre, de manière à pouvoir y introduire le doigt et à guider avec son aide la sonde jusqu'à l'orifice uretérique.

Celui de Crünfeld et Newmann, dans lequel un endoscope permet de voir l'orifice de l'uretère et d'y porter la sonde.

Ces deux procédés sont inférieurs à celui de Pawlik, qui est le plus généralement suivi.

Pawlik se sert d'une sonde métallique terminée par une extrémité boutonnée et dans laquelle on peut glisser un mandrin. La femme est placée dans la position génupectorale ou dans la position de la taille. Cette dernière est beaucoup plus commode pour la femme et le plus souvent adoptée. On déprime le périnée avec un spéculum de Simon (fig. 31), de manière à tendre transversalement la paroi vaginale supérieure. Cette tension a l'énorme avantage de

Fig. 30.—Cathéter uretérin de Pawlik.

rendre plus saillants les bords du trigone vésical. On introduit alors la sonde dans la vessie; aussitôt que l'extrémité a dépassé l'orifice urétral, on dirige la pointe vers le bas-fond de la vessie en la poussant latéralement; elle rencontre là une rigole, qui la conduit jusqu'au niveau de l'orifice urétérique. Arrivée là et retenue, la sonde doit être animée de petits mouvements de glissement, de rotation, d'élévation et d'abaissement jusqu'à ce qu'elle ait pénétré.

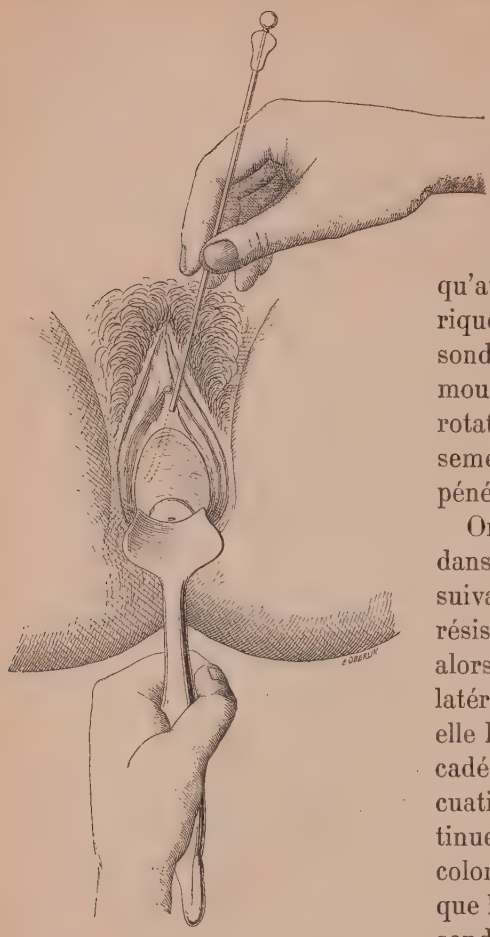


Fig. 31.
Cathétérisme de l'uretère droit.

On reconnaît que la sonde est dans l'uretère, aux conditions suivantes : elle ne trouve plus de résistance à cheminer en avant, alors que les mouvements de latéralité sont gênés ; ouverte, elle laisse échapper un jet saccadé d'urine, tandis que l'évacuation de la vessie est continue ; en injectant un liquide coloré dans la vessie, suivant que le liquide qui revient par la sonde est coloré ou de l'urine normale, on saura où se trouve l'extrémité de la sonde.

Le cathétérisme de l'uretère est rarement suivi de complications (fièvre, douleur abdominale, péritonite partielle).

Quant aux difficultés, elles sont nombreuses et tiennent soit aux anomalies des uretères, soit aux états pathologiques divers qui altèrent leurs configuration et situation normales.

D'une façon générale cette exploration est peu pratiquée à cause des difficultés de son exécution.

7° ANUS ET RECTUM

A l'aide d'un spéculum vaginal, ou mieux d'un spéculum spécial, comme celui représenté par la figure 32, il est possible d'explorer la

Fig. 32. — Spéculum ano-rectal de Trélat.

surface du conduit anal, et de la partie inférieure du rectum. Cet examen ne se fera bien que si la patiente est anesthésiée.

IV

PRONOSTIC GÉNÉRAL

Le pronostic des génitopathies est soumis à des influences trop diverses, pour qu'il soit possible d'en tracer ici autre chose qu'une esquisse.

Il dépend en effet :

De la maladie même; on ne saurait en effet comparer un cancer et une endométrite.

De la femme; les sujets robustes, fortement constitués, mèneront à guérison une génitopathie, plus facilement que des névropathes et des chlorotiques.

Des conditions où la patiente est placée; une femme obligée de tra-

vailler pour vivre, se soignera difficilement, et ne saurait guérir aussi rapidement que la fortunée, dont tous les loisirs peuvent être employés à sa propre cure.

Enfin et surtout du *traitement;* il n'est pas ou presque pas de maladies génitales qui guérissent spontanément ; mais avec une bonne thérapeutique sagement conduite on peut venir assez promptement à bout de toutes les maladies guérissables.

Dans le prochain chapitre nous examinerons les ressources que cette thérapeutique nous fournit, et nous verrons plus tard, à propos de chaque maladie, l'usage que nous devons faire de ces différents moyens.

CHAPITRE II

THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE

SOMMAIRE

1. Médicament pris à l'intérieur.
(Ergot ; morphine ; hydrastis ; viburnum ; hamamelis).
2. Hydrothérapie.
Divers procédés.
Mode d'action.
Indications et contre-indications.
3. Eaux minérales.
4. Hygiène du vêtement (vêtements, ceinture).
Corset. — Ceinture hypogastrique. — Ceinture abdominale.
5. Emissions sanguines locales. — Révulsifs. — Caustiques.
6. Antiseptiques.
7. Injections cavitaires et interstitielles.
Injections interstitielles.
Injections cavitaires.
a. Vaginales.
b. Utérines.
c. Vésicales.
d. Rectales.
8. Tampons, suppositoires, topiques.
9. Pessaires.
Médicamenteux.
Instrumentaux.
10. Gymnastique, massage.
11. Électricité.
Franklinisation.
Faradisation.
Galvanisation.
12. Opérations. (Principes généraux.)
Généralités.
Opérations.
Abdominales.
Vulvaires.
Appendice.

THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE

Dans la thérapeutique gynécologique on peut employer presque toutes les ressources de la thérapeutique générale (calmants, purgatifs, révulsifs, etc.); je n'envisagerai pas ici ces divers modes de traitement, mais me contenterai d'examiner ceux qui s'appliquent plus spécialement à la gynécologie et qui sont mentionnés dans le sommaire qui précède.

I

MÉDICAMENTS PRIS A L'INTÉRIEUR

Tous les agents de la thérapeutique usuelle peuvent être employés en gynécologie ; les calmants, les narcotiques, les toniques, les laxatifs sont d'usage journalier, je renvoie pour leur étude à la thérapeutique générale et je ne mentionnerai ici que quelques médicaments qui semblent avoir une action spéciale sur l'appareil génital ; tels l'ergot de seigle, la morphine, l'hamamelis virginica, l'hydrastis canadensis, le viburnum prunifolium.

L'*ergot de seigle*, qu'on donne plus volontiers en injections sous-cutanées (ergotine Yvon ou ergotinine Tanret), exerce une action très marquée sur la fibre utérine, dont il amène la contraction prolongée, c'est-à-dire tétaniforme. Ce médicament très employé en obstétrique, est également utile en gynécologie dans le cas d'hémorrhagie, causée par simple atonie ou relâchement utérin. L'administration prolongée de ce médicament peut aussi amener un certain retrait dans les fibrômes.

La *morphine* exerce sur l'utérus une action hémostatique ; elle semble anémier cet organe. Toutefois son usage ne saurait être con-

scillé dans ce but, étant donnée la facilité avec laquelle la femme s'habitue à l'usage de ce narcotique et devient morphinomane.

L'*hamamelis virginica* est un arbuste qui croît aux Etats-Unis, et dont on emploie l'écorce et les feuilles sous forme d'extrait fluide ou de teinture. C'est à la teinture qu'on donne la préférence en France, à la dose de 5 à 10 gouttes. Ce médicament d'ailleurs est peu toxique, cependant il est bon de ne pas dépasser 20 gouttes par 24 heures. L'hamamelis agit comme hémostatique utérin.

L'*hydrastis canadensis* est une renonculacée de l'Amérique du Nord, dont la souche vivace est employée sous forme de teinture. Cette teinture est également prescrite comme hémostatique utérin à la dose de 20 à 30 gouttes en 24 heures.

Le *viburnum prunifolium*, arbuste du sud des Etats-Unis est livré (écorce) à l'usage médical sous forme d'extrait fluide ou de teinture. Cette teinture à 1/2 peut être administrée à la dose de 50 à 100 gouttes en 24 heures. Contrairement aux agents qui précèdent, le viburnum semble relâcher l'utérus et calmer les contractions douloureuses de cet organe, d'où son emploi contre les douleurs de la dysménorrhée et les menaces d'avortement.

II

HYDROTHÉRAPIE

SOMMAIRE

Définition.
Divers procédés ;
Douches.
Bains.
Mode d'action.
Indications et contre-indications.

Solides, liquides ou *gaz* peuvent être placés au contact de la peau dans un but thérapeutique. Parmi les solides, je citerai l'application de poudres (amidon, etc.), de sable, et aussi le massage qui agit mécaniquement sur les tissus. Parmi les gaz : les bains de vapeur, les fumigations, l'aérothérapie. L'application des liquides à la sur-

face de la peau est désignée sous le nom d'*hydrothérapie ;* c'est de cette dernière méthode thérapeutique qu'il va être question ici.

Douches et *bains* constituent les deux modes d'administration de l'hydrothérapie.

La *douche* consiste dans la projection plus ou moins brusque de liquide à la surface du corps, sous forme de *jet*, de *pluie* (verticale, horizontale, ou en cercle), de *lame*. Elle ne dure en général que quelques secondes (10 à 20), rarement plus d'une minute. Elle peut être *générale* ou *locale* (lombes, hypogastre, périnée, pieds).

Le *bain* est caractérisé par le simple contact du liquide sur la peau sans projection ; la douche frappe, le bain n'exerce aucun traumatisme. La durée en est très variable, tantôt quelques secondes comme dans l'immersion, dans les affusions (usage du Tub, du drap mouillé), tantôt prolongée pendant une demi-heure, une heure et même davantage ; on a essayé dans certaines affections de faire séjourner le malade dans un bain continu. Le bain peut être général (bain de mer, de rivière, piscine, baignoire) ou local (bain de siège, de pied, de main, bain vaginal, à l'aide d'un spéculum grillagé qu'on applique pendant le séjour dans la baignoire). Le liquide dans lequel est plongée partie ou totalité du corps est simple, ou médicamenteux (alcalin, sulfureux, etc.). Le patient est dans le bain tantôt actif (natation), tantôt passif (baignoire).

Fig. 33. Spéculum grillagé pour bains.

Que l'eau soit administrée en douche ou en bain elle peut être employée à différentes températures :

0 à 10° très froide.
10 à 20° froide.
20 à 30° tiède.
30 à 40° chaude.
40 à 50° très chaude.

Au-dessus de 50° le liquide ne peut plus être supporté et produit des accidents de brûlure.

La douche est en général de 10 à 20° et le bain de 30 à 40°.

L'hydrothérapie agit sur le système nerveux le plus souvent comme sédatif et calmant, cependant sous certaines formes elle peut devenir un excitant. Elle favorise la circulation du sang à la périphérie du corps et facilite l'action cardiaque. Elle est pour la nutrition un excitant énergique, et doit être comptée parmi les meilleurs

toniques. Enfin les bains médicamenteux ont une action propre, en rapport avec les principes qu'ils contiennent.

L'hydrothérapie trouve des indications dans la plupart des affections génitales de la femme, les bains luttant heureusement contre bon nombre d'affections aiguës, et les douches locales ou générales convenant au contraire aux maladies chroniques. C'est ainsi que les bains seront employés avec avantage dans les affections inflammatoires de la vulve (vulvite, bartholinite) ou du vagin (vaginite), et les douches froides sur le rachis et les lombes dans les cas de troubles menstruels, de congestion utérine, de métrite chronique, de pelvi-péritonite ancienne.

Toute inflammation aiguë, ou subaiguë avec tendance à rechute contre-indique l'emploi des douches ; on a pendant longtemps considéré l'époque des règles comme contraire à toute espèce d'hydrothérapie, mais sauf pour quelques natures impressionnables, cette médication pourra, sans inconvénients, être continuée à ce moment.

III

EAUX MINÉRALES

L'action des eaux minérales sur l'économie est très complexe. Le malade, qui quitte ses occupations et la ville, trouve dans la station où il séjourne le grand air, le calme et la tranquillité d'esprit, souvent des distractions qui changent le cours de ses idées, enfin il marche, fait de l'exercice. Ces conditions sont salutaires à l'état général.

Les eaux par elles-mêmes agissent différemment suivant le mode d'administration.

Les bains généraux ou locaux (bains de siège, injections) réveillent les fonctions cutanées, excitent la circulation périphérique et modifient également par leur contact la vitalité des organes (vagin, col de l'utérus, en cas d'injection vaginale).

Les bains de vapeur et les vaporisations locales ont une action analogue et amènent en plus l'absorption par les poumons[1] des principes divers.

[1] L'absorption par la peau étant en pareil cas, de même que pour le bain, à peu près nulle.

Enfin l'eau minérale prise en boisson, outre son influence spéciale sur les fonctions digestives (stimulation de l'appétit, accélération de la digestion, constipation, diarrhée) agit par l'absorption des principes qu'elle contient. Toutefois, contrairement à ce qu'on pourrait croire au premier abord, cette action est difficile à analyser; deux eaux de composition à peu près semblable sont loin d'avoir les mêmes résultats, et on ignore le véritable élément actif de certaines eaux, par exemple celles de Contréxeville dont l'efficacité sur la gravelle urinaire est bien connue. Aussi à la suite de Scoutteten, on en est arrivé à dire que les eaux minérales agissent surtout par les courants électriques qu'elles développent et dont on a pu constater la réalité; cette hypothèse, mal acceptée au premier abord, tend actuellement à être admise.

Quel que soit ce mode d'action encore vague, il est certain que les eaux minérales influent d'une façon efficace sur les maladies génitales de la femme, en modifiant et l'état général et l'état local. L'existence de cette double action, d'habitude simultanée, ne doit pas être oubliée.

Les *eaux acidulées gazeuses* (Chateldon, Condillac, etc.) améliorent surtout l'état général. Cependant les injections vaginales avec les eaux chargées d'acide carbonique amènent une sédation notable de la douleur dans les cas de névralgie utérine, ou de phénomènes douloureux vagues dans le petit bassin.

Les *eaux alcalines* (Vichy, Vals, Pougues, Royat etc.) paraissent influencer heureusement la métrite chronique chez les femmes arthritiques.

Les *eaux salines* (Balaruc, Bourbonne, Bourbon-l'Archambault, Kreuznach, Marienbad, Salies-de-Béarn, etc.), en général excitantes, conviennent à l'aménorrhée, à certains cas de leucorrhée; il faudra les éviter toutes les fois qu'il existe un état inflammatoire des organes génitaux.

Les *eaux sulfureuses* (Barèges, Cauterets, Bagnères-de-Luchon, etc.), également excitantes, ont quant à ce qui concerne les organes génitaux, les mêmes indications que les eaux salines et conviendront particulièrement aux scrofuleuses.

Enfin les *eaux ferrugineuses* (Lamalou, Schwalback, Bussang, Orezza, etc.) ne semblent pas avoir d'action directe sur les organes génitaux, mais seront utiles chez les femmes anémiées par une longue maladie génitale et pourront heureusement seconder le trai-

BOSTON MEDICAL
MAR -56 1920
LIBRARY

tement local, qui a amené la guérison des accidents génitaux. Pour compléter ces indications générales, j'emprunte à M. Verjon le tableau suivant qu'il a publié dans le *Nouveau Dictionnaire de méd. et de chir. pratique*, à l'article *Eaux Minérales*.

Eaux minérales indiquées dans les maladies des organes génitaux de la femme.

Aménorrhée. Dysménorrhée. . .	Hombourg, La Motte, Ems, Schlangenbad, Plombières, Spa, Schwalbach, Forges, Bussang.
Métrorrhagie passive.	Wiesbaden, Soden et eaux ferrugineuses.
Leucorrhée.	Saint-Sauveur, Eaux-Chaudes, Bagnères-de-Luchon, Le Mont-Dore.
Métrite chronique.	Ussat, Bagnères-de-Bigorre, Plombières, Vichy, Néris, Le Mont-Dore, Ems, La Motte.
Stérilité.	Eaux ferrugineuses, eaux alcalines.
Tumeurs fibreuses de l'utérus . .	Kissingen, Salins, Vals.

J'ajouterai simplement à cette dernière Salies-de-Béarn, dont l'action sur les fibrômes et les anciennes métrites est ordinairement très nette.

IV

VÊTEMENTS — CEINTURES

CORSET — CEINTURE HYPOGASTRIQUE — CEINTURE ABDOMINALE

Une jeune élégante, pâle et chétive, demandait à Cuvier quelques conseils médicaux; le célèbre savant la conduisit dans une serre du Jardin des Plantes, et lui montrant une des plus jolies plantes : « Naguère, madame, vous ressembliez à cette fleur, et demain cette fleur vous ressemblera. » Le lendemain, en effet, la fleur était fanée, car on avait appliqué un lien circulaire sur la tige, et Cuvier d'ajouter : « Vous vous fanerez de même sous l'affreuse compression de votre *corset;* vous perdrez peu à peu le charme de votre jeunesse, si vous n'avez pas assez d'empire sur la mode pour abandonner ce dangereux vêtement. »

Taille fine, hanches accentuées, gorge saillante sont d'après les idées régnantes, les trois principaux éléments de la beauté féminine. Or le corset, en serrant la taille, dessine les hanches et refoule la poitrine de bas en haut, de manière à faire proéminer les seins. — De l'usage à l'abus, il n'y a qu'un pas ; aussi voit-on

nombre de femmes s'étrangler la taille avec ce vêtement et provoquer des troubles digestifs ainsi que l'abaissement de l'intestin qui, appuyant sur les organes du petit bassin, en gêne le fonctionnement normal ; il en résulte également des troubles sérieux dans le jeu des organes thoraciques.

En attendant que l'usage de ce vêtement ait disparu, date peut-

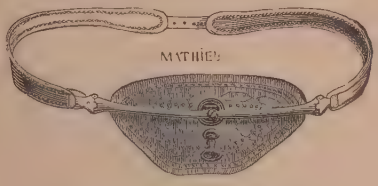


Fig. 34. — Ceinture hypogastrique.

être encore éloignée, car la mode en paraît tenace, l'introduction du corset en France datant de Catherine de Médicis (1532), on remédiera à ses pernicieux effets en conseillant de le porter modérément serré, et en maintenant, dans le cas où l'indication se présente, la masse intestinale à l'aide d'une *ceinture hypogastrique*.

La ceinture hypogastrique qu'on pourrait appeler l'*antidote* du corset, se compose, ainsi que l'indique la figure 34, d'une plaque destinée à s'appliquer au-dessus du pubis et maintenue en place à l'aide d'un lien élastique circulaire. Un mécanisme spécial permet d'incliner plus ou moins la plaque suivant l'axe métallique qui la fixe. Cette ceinture est d'un heureux effet dans les cas de prolapsus utérin léger ou d'antédéviation douloureuse.

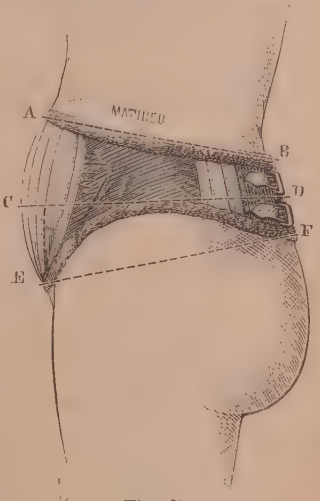


Fig. 35.
Ceinture abdominale.

Différente de la précédente est la *ceinture abdominale* (fig. 35), qui a pour but de maintenir la paroi de l'abdomen dans la plus grande partie de son étendue, et surtout dans la région sous-ombilicale. La ceinture abdominale est de préférence indiquée chez les femmes obèses, chez celles dont le ventre a été distendu par plusieurs grossesses ou par une tumeur (kyste de l'ovaire opéré). Des cein-

tures analogues, mais plus amples, sont souvent utiles aux femmes enceintes, alors qu'il y a tendance à l'antéversion.

On a encore proposé d'autres modèles de ceinture, mais leur importance est accessoire, relativement aux deux variétés précédentes, qui suffisent aux besoins ordinaires de la gynécologie.

V

ÉMISSIONS SANGUINES — RÉVULSIFS — CAUSTIQUES

Les émissions sanguines, les révulsifs et les caustiques sont trois moyens journellement employés contre les inflammations génitales.

1° Les *émissions sanguines* peuvent être générales ou locales.

Les premières sont représentées par la saignée, très rarement employée en gynécologie.

Les secondes, d'un usage beaucoup plus répandu, s'adressent au col utérin ou à la surface cutanée des cuisses et de l'hypogastre.— Sur le col utérin, on se sert de scarifications et de sangsues; sur la peau, de sangsues et de ventouses scarifiées.

Les émissions sanguines ne présentent ici aucune particularité : les sangsues sur le col sont généralement abandonnées, on leur préfère les scarifications, qu'on pratique avec un bistouri bien aseptique, après introduction d'un spéculum cylindrique ou bivalve. Chaque piqûre aura de 2 à 6 millimètres de profondeur, elles seront au nombre de dix à vingt. Tous les instruments spéciaux préconisés pour leur exécution sont inutiles et encombrent mal à propos l'arsenal gynécologique ; je ferai cependant une exception pour la herse qui sera décrite au traitement de la métrite.

2° Les *révulsifs* sont fréquemment employés dans les génitopathies féminines ; les deux plus habituels sont la teinture d'iode et le vésicatoire, dont l'action est plus énergique ; l'un et l'autre s'appliquent dans la région sous-ombilicale de l'abdomen.

3° Les *caustiques* sont destinés de préférence au col utérin et à la surface de l'endométrium. On les divise en potentiels ou chimiques et actuels ou physiques.

Comme caustiques chimiques on a employé à peu près toute la série connue en thérapeutique, tels parmi les principaux : *Agents solides :* la pâte de Vienne (parties égales de potasse caustique et de chaux vive), le caustique de Filhos (potasse à la chaux 5, chaux vive 1), la pâte de Canquoin (parties égales de chlorure de zinc et de farine de blé ou de seigle), le crayon de nitrate d'argent.

La *pâte de chlorure de zinc*, préconisée par M. Dumontpallier, est peu différente de celle de Canquoin et se compose de :

Chlorure de zinc.	1
Farine de seigle..	2

qu'on moule sous forme de crayons ayant environ un demi-centimètre de diamètre. — Ce crayon, qu'on a employé dans le cas d'endométrite, est coupé à la longueur de la cavité utérine, préalablement mesurée à l'hystéromètre. Introduit dans la cavité utérine, il est maintenu en place par un tampon de coton hydrophile ; il fond en douze à vingt-quatre heures et cautérise énergiquement toute la muqueuse, qui est expulsée en bloc au bout de quatre à dix jours.

Agents liquides : Nitrate acide de mercure, acide nitrique, acide sulfurique, acide chlorhydrique, acide chromique, perchlorure de fer, teinture d'iode, solution de nitrate d'argent, acide phénique, créosote.

En général, tous ces caustiques agissent efficacement quand ils sont bien appliqués, et on comprend que chaque spécialiste ait pu les préconiser avec de bons résultats à l'appui.

Comme caustique liquide, la créosote pure de hêtre mérite une mention spéciale, car elle a l'avantage sur les autres agents du même ordre de s'infiltrer dans les tissus à une assez grande profondeur et assure ainsi une guérison plus complète. Elle est employée en

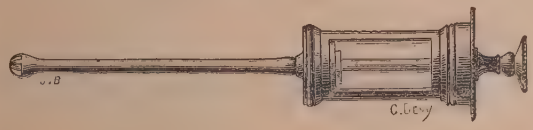


Fig. 36. — Porte-caustique intra-utérin.

solution dans de la glycérine au 1/2 (solution forte), au 1/3 et enfin au 1/4 (solution faible). Elle est portée dans l'intérieur de l'utérus attiré au voisinage de la vulve, avec un pinceau, un écouvillon, une mince tige entourée d'ouate, ou avec le porte-topique que j'ai ima-

giné à cet effet (fig. 36) et qui a pour but, quand on promène son extrémité sur la surface utérine, de répandre également le caustique introduit, et de rendre ainsi son action aussi uniforme et complète que possible. (Voir le *Traitement de la métrite.*)

A côté des caustiques chimiques, se trouvent ceux qui agissent physiquement par leur simple contact, le fer rouge ordinaire, le thermo-cautère Paquelin et le galvano-cautère. Leur action est en général limitée au col utérin. Ces caustiques sont beaucoup moins employés depuis les opérations plastiques qu'on exécute sur cette région et dont le résultat thérapeutique est bien supérieur.

VI

ANTISEPTIQUES

Les antiseptiques qu'il est indispensable d'avoir en gynécologie sont :

Antiseptiques liquides ;
- Bichlorure de mercure,
- Acide phénique.

Antiseptiques pulvérulents :
- Iodoforme,
- Salol.

Le *bichlorure de mercure* s'emploie en solution de $\frac{1}{1000}$ (liqueur de van Swieten) à $\frac{4}{4000}$.

On formulera les paquets suivants (Budin) :

Bichlorure de mercure	0, 25 à 1 gr.
Acide tartrique	1 —
Solution de carmin d'indigo à 5 p. 100. .	2 gouttes.

pour un paquet. — Un paquet par litre d'eau filtrée ou bouillie. — 1 gramme de bichlorure de mercure par paquet donne une solution de $\frac{1}{1000}$ — 0,25 donne $\frac{1}{4000}$; on devine les intermédiaires.

On fait également, avec la même formule, en y ajoutant une substance agglutinante, des pastilles qui sont plus commodes pour le transport dans une trousse (fig. 37).

Pour l'acide phénique, on prescrira la solution mère suivante :

Acide phénique	245 grammes.
Alcool ou glycérine.	245 —
Essence de thym ou de lavande	10 —

Une cuillerée par litre d'eau donne une solution à $\frac{1}{100}$.

L'essence de thym et de lavande n'est utile que pour masquer l'odeur de l'acide phénique. Comme le prix en est assez élevé, on pourra la supprimer à volonté.

Fig. 37. Tube de pastilles antiseptiques.

L'*iodoforme* s'emploie en poudre pour le pansement des plaies, comme topique vaginal et cervical. On peut aussi l'incorporer à la vaseline et à la glycérine.

Le *salol* répond aux mêmes usages que l'iodoforme ; inodore, il est d'un emploi moins gênant ; malheureusement son pouvoir antiseptique n'est pas aussi énergique que celui de l'iodoforme.

L'antisepsie des vêtements et du corps est la même que pour la chirurgie. Je me bornerai à rappeler ici l'*antisepsie des mains* à cause de son importance.

Pour une simple exploration, un savonnage ordinaire des mains suivi au besoin de l'immersion pendant deux ou trois minutes dans une solution de sublimé à $\frac{1}{2000}$ est suffisante. Cette dernière précaution est indispensable, si les mains ont été récemment au contact d'éléments septiques (pus, cancer, pièce anatomique, etc.).

Quand on veut pratiquer une opération et surtout une laparotomie, un lavage plus complet est nécessaire ; je procède de la façon suivante [1] :

1° Immersion des mains dans un mélange à parties égales de teinture d'iode et d'alcool ;

2° Savonnage des mains, à l'aide d'une brosse à ongles, jusqu'à disparition de la coloration laissée par la teinture d'iode ;

3° Immersion des mains dans l'alcool à 80°, pour débarrasser des substances grasses ;

4° Nouveau savonnage ;

[1] Auvard. *De l'antisepsie*, 1891, p. 55.

5° Immersion pendant une bonne minute dans une solution de bichlorure de mercure au $\frac{1}{2000}$.

Pour réaliser l'*asepsie des organes génitaux*, on placera la femme en position vulvaire (fig. 38).— Une toile cirée glissée sous le siège

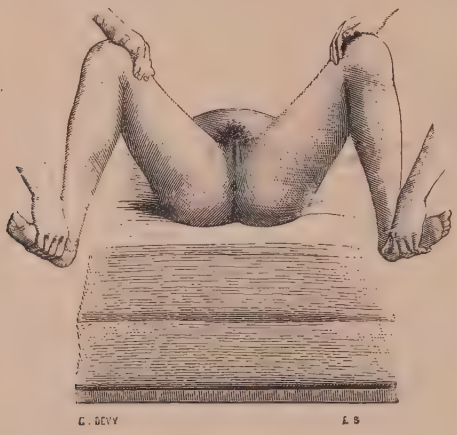


Fig. 38. — Femme en position vulvaire.

tombe dans un seau où elle conduit le liquide. La vulve est savonnée et brossée, puis irriguée avec une solution de sublimé à $\frac{1}{2000}$. Si on doit procéder à une opération plastique du périnée, il faudra, après avoir rasé les poils :

1° Brosser et savonner à l'eau simple ;

2° Laver à l'alcool à 80° ;

3° Savonner de nouveau,

4° Laver avec une solution de bichlorure à $\frac{1}{2000}$.

Le vagin sera ensuite nettoyé avec une injection de bichlorure de mercure à $\frac{1}{2000}$ en ayant soin de frotter avec un ou deux doigts toute la surface du vagin et du col.

Je commence volontiers par le lavage du vagin, afin de ne pas infecter secondairement la vulve.

Je ne parle pas de l'antisepsie intra-utérine, car elle se fait avec l'opération même ; dans la plupart des interventions par la voie vulvaire, il est en effet bon et prudent de faire le curage de l'utérus ; le curage n'est autre chose qu'un nettoyage.

Toute exploration ou opération doit être faite avec des instruments aseptiques.

Pour les instruments métalliques, l'asepsie sera obtenue à l'aide du *flambage*, de *l'eau bouillante* ou de l'*étuve sèche*.

Pour l'antisepsie, le flambage (fig. 39) ou l'immersion dans l'eau bouillante sont les moyens les plus pratiques.

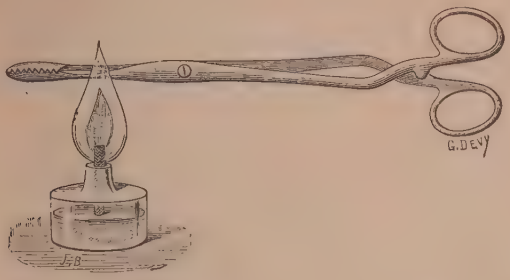


Fig. 39. — Flambage avec une lampe à alcool.

En vue d'une opération, il est plus sûr et plus commode de faire passer à l'étuve sèche tous les instruments enfermés dans une même boîte. Température 150°, pendant une demi-heure.

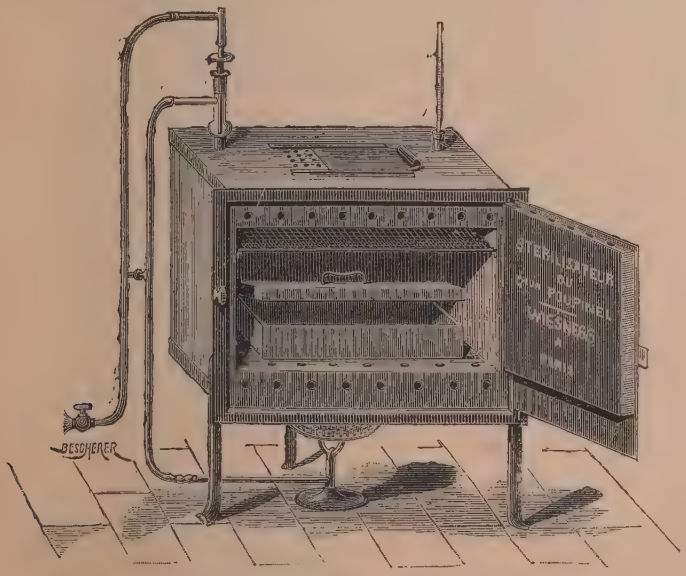


Fig. 40. — Etuve sèche de M. Poupinel.

Les instruments en *gomme* et en *caoutchouc* seront désinfectés par un séjour pendant vingt-quatre heures au moins dans une solution phéniquée au $\frac{1}{20}$ ou sublimée au $\frac{1}{1000}$.

La plupart des instruments en verre peuvent être passés à l'étuve, sinon ils seront désinfectés comme le caoutchouc.

La gaze simple, employée le plus souvent sous forme de bandes, sera trempée dans une solution de sublimé au $\frac{1}{1000}$, puis dans l'eau bouillante. Une de ces deux immersions peut suffire au besoin.

La gaze iodoformée est par elle-même suffisamment antiseptique pour ne nécessiter aucune préparation spéciale.

Le coton hydrophile, s'il doit servir à de simples pansements vaginaux, ne nécessite pas de désinfection spéciale, il sera seulement bon de le recouvrir d'un antiseptique pulvérulent (iodoforme, salol), ou de l'imbiber d'une solution antiseptique (sublimé, acide phénique). Si le coton hydrophile doit être porté au contact d'une plaie récente, il sera prudent de le faire passer dans l'étuve sèche; avant toute opération, on peut en mettre dans les boîtes d'instruments une certaine quantité, qui se trouvent étuvée en même temps qu'eux.

Les *éponges*, qu'on a en vain essayé de remplacer par d'autres tissus, ne présentent aucun danger septique, si elles sont bien désinfectées. Voici le meilleur mode de préparation (Terrillon) :

1° Les éponges neuves sont battues avec un maillet de bois, afin d'enlever toutes les particules calcaires qu'elles renferment ;

2° On les lave ensuite à l'eau chaude (50 à 60°) de façon à leur faire perdre une matière verdâtre qu'elles conservent souvent; le lavage entraîne les grains de sable que le battage a mis en liberté ;

3° Les éponges, bien comprimées, sont plongées dans une solution froide de permanganate de potasse à $\frac{1}{100}$; elles y restent 45 à 60 minutes, temps nécessaire à l'oxydation des parties organiques qu'elles contiennent ;

4° Après avoir été de nouveau lavées à l'eau chaude à 60°, on les jette dans une solution de bisulfite de soude à $\frac{2}{100}$. Les éponges blanchissent alors à cause du dégagement d'acide sulfureux. Les placer dans une solution de sublimé au $\frac{1}{1000}$, où elles doivent séjourner au moins pendant dix heures avant d'être employées; les conserver dans ce liquide.

Après chaque opération septique, les éponges sont soumises à la même préparation, moins le battage. Si l'opération est simple et ne présente aucune trace d'éléments septiques, il suffit de les laver à grande eau et de les remettre dans la solution de sublimé au $\frac{1}{1000}$.

L'*eau* employée pour toute opération, surtout pour la laparotomie, devra être passée au filtre Chamberland, le seul qui présente une garantie sérieuse au point de vue microbien. — A défaut de filtre, on emploie l'ébullition. — La distillation pourrait également être employée, quand on a un appareil pratique à sa disposition ; mais le filtrage ou l'ébullition seront en pratique les procédés de choix.

VII

INJECTIONS

SOMMAIRE

1° *Injections interstitielles.*
2° *Injections cavitaires.*
a. Vaginales.
1° antiseptiques.
2° thermiques.
3° mécaniques.
4° médicamenteuses.
b. Utérines.
c. Vésicales.
d. Rectales.

Les injections sont tantôt *interstitielles*, c'est-à-dire faites dans l'épaisseur même des tissus, tantôt *cavitaires*, pratiquées dans le vagin, dans l'utérus, dans la vessie ou dans le rectum.

1° Les *injections interstitielles* sont conduites dans l'épaisseur du col utérin ou d'un fibrome facilement accessible, à l'aide d'une seringue analogue à celle de Pravaz, mais de plus grandes dimensions. On a injecté de la teinture d'iode, de la liqueur arsénicale de Fowler, de l'acide phénique, et surtout de l'ergotine. Cette méthode, vivement soutenue par *Schücking*, est peu employée, car ses résultats ne sont pas suffisamment bons pour compenser les dangers auxquels elle expose.

2° Les *injections cavitaires* s'exécuteront différemment, suivant leur siège et suivant le but thérapeutique qu'on se propose.

a. — VAGINALES

Les injections vaginales sont celles qu'on aura le plus souvent à pratiquer.

Quand au lieu de quelques litres (1 à 5 environ) on en fait passer un grand nombre par la cavité vaginale, l'injection prend le nom d'*irrigation*. L'irrigation peut même être continue, c'est-à-dire durer pendant plusieurs heures consécutives.

L'irrigation continue est peu employée en gynécologie, parce qu'elle constitue une méthode compliquée ; il n'en est pas de même de l'irrigation temporaire, qui se fait d'ailleurs comme une injection dont elle ne diffère que par l'abondance du liquide et la durée.

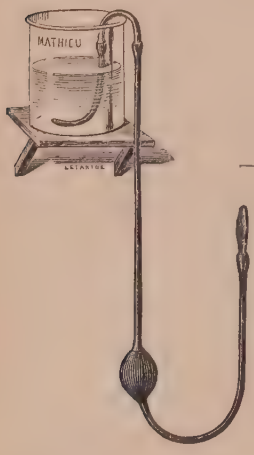


Fig. 41. — Injecteur siphon. — $\frac{1}{5}$

L'injection vaginale, suivant le but thérapeutique qu'on se propose peut être : *antiseptique, thermique, mécanique, médicamenteuse.*

Quelle que soit la variété, un appareil (injecteur) destiné à porter le liquide jusque dans la cavité vaginale sera indispensable. Le nombre des injecteurs est considérable ; le plus simple est le meilleur.

Tous les appareils à pompe et à soupape sont mauvais, parce qu'ils lancent le liquide en jets saccadés pouvant heurter le col utérin, et parce que leur propreté est toujours douteuse.

On peut recommander à cause de sa simplicité, le siphon constitué par un tube en caoutchouc (fig. 41) et qui après avoir été amorcé, permet d'injecter dans le vagin le liquide contenu dans le vase où baigne une des extrémités du tuyau.

Le vide-bouteille de M. Galante (fig. 42), qui peut s'adapter à une bouteille quelconque, est un appareil très pratique, de même les vide-bouteilles récemment préconisés par MM. Budin et Crouzat.

L'injecteur le plus commode et dont le volume constitue le seul inconvénient, est celui représenté par la figure 43. Il se compose d'un réservoir sphérique en métal émaillé contenant deux litres, muni d'une anse et d'une tubulure sur laquelle s'adapte un tuyau en

caoutchouc, dont l'extrémité vient se terminer à la canule vaginale. Émaillé, il n'est pas altéré par le sublimé; en métal, la chaleur ne peut le briser, comme cela arrive au verre; enfin, le liquide descendant par son propre poids s'écoule doucement et d'une façon

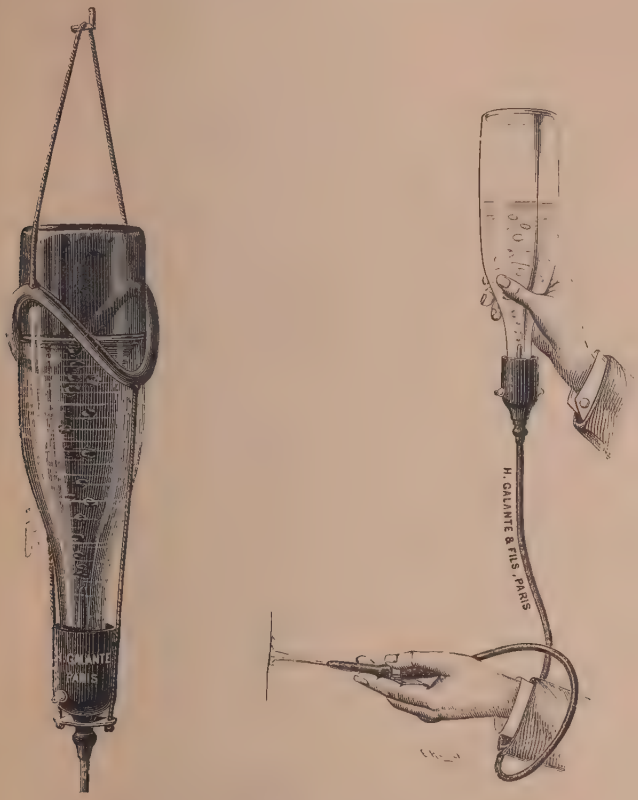


Fig. 42. — Vide-bouteille de M. Galante.

continue, sans produire aucun traumatisme sur les organes génitaux.

Comme canule vaginale, on se servira soit d'un simple tube en verre, terminé à ses deux extrémités par une seule ouverture; la canule en pomme d'arrosoir est moins facile à purger d'air — soit d'une canule en caoutchouc, un tube en caoutchouc semi-rigide constitue l'appareil le plus commode — soit d'une canule en métal avec extrémité grillagée (fig. 43). C'est à cette variété que je donne la préférence.

Revenons aux diverses variétés d'injections vaginales qui réclament chacune un manuel spécial.

Fig. 43. — Injecteur vaginal en métal émaillé.

1° *Injection antiseptique.* — Se servir comme solution du bichlorure de mercure à $\frac{1}{4,000}$ ou d'acide phénique à $\frac{1}{100}$. — Température froide ou tiède.

Placer la femme en position vulvaire ; chaque pied reposant sur une chaise ou un tabouret élevé ; une toile cirée ou plusieurs journaux superposés sont placés sous le siège et viennent pendre, par leur extrémité, dans un seau destiné à recueillir le liquide.

Commencer par un savonnage soigneux de la vulve. Introduire ensuite la canule dans le vagin, et pendant l'écoulement du liquide, avec un ou deux doigts, frotter toute la surface vagino-cervicale, de manière à détacher tout le mucus qui la recouvre,

2° *Injection thermique.* — La chaleur et le froid ont une action analogue sur l'utérus, ils amènent la contraction de la fibre mus-

culaire et exercent par là même une action décongestive et hémostatique.

L'eau froide doit être à la température de

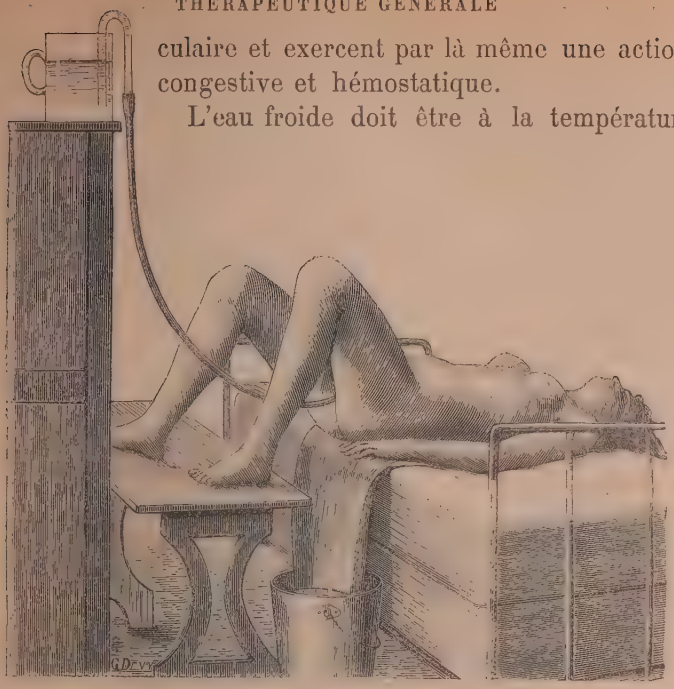


Fig. 44. — Femme prenant une injection vaginale dans la position horizontale.

0 à 5°, et l'eau chaude de 45 à 50°; entre ces limites (5 à 45°), l'eau devient tiède et n'exerce plus la même action.

On préfère en général l'usage de liquide chaud, parce qu'il est mieux toléré par la femme et parce qu'il est plus aisé de se procurer de l'eau suffisamment chaude que suffisamment froide.

Pour pratiquer cette injection on peut laisser la femme dans la position longitudinale sur son lit ou la mettre dans la position vulvaire.

Position vulvaire. — Les détails en ont été donnés précédemment (voir fig. 44). Pour empêcher le reflux trop rapide du liquide, la femme ou l'opérateur applique une main sur la vulve comme l'indique la figure 45.

Fig. 45. — Main obturant la vulve pour empêcher le reflux du liquide injecté dans le vagin.

Position longitudinale. — On glissé sous le siège de la malade un bassin, soit arrondi, soit de préférence ovale ; si l'injection doit être abondante et dépasser deux litres, il est nécessaire d'avoir un bassin qui permette l'écoulement simultané du liquide comme cela est représenté par la figure 46, où le dispositif général de l'opération est indiqué.

Le liquide devra être tenu à 50° dans l'injecteur vaginal ; inutile

Bassin à glisser sous le siège de la malade et auquel il faut adapter un tube d'écoulement quand on veut donner une irrigation.

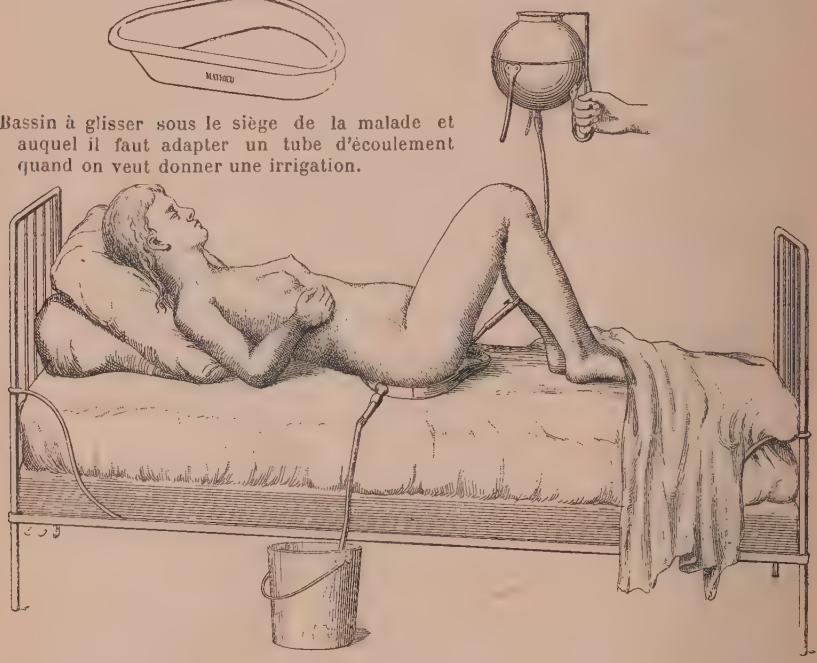


Fig. 46. — Injection vaginale, donnée dans la position longitudinale de la femme.

d'ailleurs de prendre un thermomètre, la main renseigne suffisamment ; le liquide doit être à la limite de la température supportable.

Pendant que l'eau s'écoule dans le vagin, il faut avoir soin d'obturer la vulve avec les doigts placés parallèlement aux grandes lèvres, deux de chaque côté de la canule, qui se trouve ainsi entre l'index et l'annulaire ; on règle ainsi la sortie du liquide. — Quand, en effet, une certaine quantité d'eau chaude est arrivée dans le vagin qu'elle a distendu, elle se refroidit ; en écartant les doigts vulvaires on laisse alors partir une partie du contenu, qui est aussitôt et spontanément remplacée par une quantité égale venant du réservoir et qui réchauffe le restant du contenu vaginal. C'est ainsi par une

série d'injections subintrantes qu'on permet le mieux à la chaleur d'exercer son heureuse action sur les organes génitaux.

Ces injections seront faites avec de l'eau simple préalablement bouillie ou filtrée, sans addition de médicaments, car c'est uniquement par leur température qu'elles agissent; au besoin on pourra cependant y ajouter un peu d'acide phénique ou borique en faible quantité.

3° *Injection mécanique.* — Le seul but de l'injection en pareil cas est la distension du vagin, destinée à pratiquer une sorte de massage interne. Cette distension, jointe à l'action de la chaleur, est salutaire dans certains cas de pelvipéritonite ancienne. On l'obtient en élevant le réservoir de l'injecteur de 1 mètre à $1^{m},50$ au-dessus du niveau vulvaire, et en empêchant avec la main la sortie du liquide hors des organes génitaux.

4° *Injection médicamenteuse.* — Les médicaments les plus variés ont été employés : laudanum, vin aromatique, tannin, alun, perchlorure de fer, permanganate de potasse, vinaigre, eau de feuilles de noyer, etc. L'action de ces médicaments, dilués dans l'eau de l'injection et ne séjournant que quelques instants dans le vagin, dont le pouvoir absorbant est très faible, est en général assez peu marquée; il convient cependant d'excepter les poudres (tannin et alun) qui restant dans le vagin après l'injection agissent par leur séjour prolongé; de même les antiseptiques dont il a été question au début de ce chapitre, et enfin les caustiques (solution de nitrate d'argent) qui peuvent rendre de réels services comme modificateurs de la surface vaginale.

b. — INJECTIONS UTÉRINES

Les injections dans la cavité du corps et du col de l'utérus n'au-

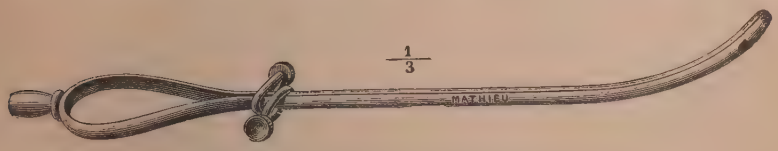


Fig. 47. — Sonde de M. Doléris.

ront en dehors de la puerpéralité des chances de réussite que si elles sont faites dans un but antiseptique. Les injections caustiques, pré-

conisées par quelques auteurs sont en général abandonnées, car on leur préfère l'usage de caustiques solides ou pâteux.

Pour porter le liquide jusque dans l'utérus on se servira d'une des nombreuses sondes préconisées à cet effet, et parmi lesquelles celle de M. Doléris (fig. 47), est une des meilleures, car elle permet la dilatation simultanée de l'isthme utérin, assurant ainsi le libre retour du liquide. — La sonde en fer à cheval de M. Budin est au contraire préférable quand il s'agit d'utérus puerpéral.

Quand l'injection doit être suivie ou accompagnée du curage utérin, il suffit de se servir de la curette irrigatrice, dont on verra la description et l'usage au traitement de l'endométrite.

Pour pratiquer l'injection, la femme est placée dans la position vulvaire (fig. 38) comme pour l'injection vaginale antiseptique, et ayant fait le lavage préalable de la vulve et du vagin, on introduit, après l'avoir amorcée, la sonde dans l'utérus, soit à l'aide du doigt, soit après application du spéculum, soit après abaissement du col avec une ou deux pinces à griffe ; cette dernière manœuvre, nullement dangereuse et peu douloureuse, est celle qui facilite le plus l'opération.

On emploiera les mêmes liquides antiseptiques que pour le vagin.

c. — INJECTIONS VÉSICALES

L'injection vésicale comme la vaginale sera, suivant les cas, *antiseptique*, *thermique*, *mécanique*, *médicamenteuse*.

On pourra la pratiquer avec une sonde vésicale ordinaire en gomme ou en métal ; le liquide sera introduit à l'aide d'une seringue

Fig. 48. — Sonde vésicale à double courant.

ou de l'injecteur vaginal ordinaire suffisamment élevé pour vaincre la tonicité de la vessie.

Toutefois l'injection se fera plus commodément et plus complètement avec une sonde à double courant (fig. 48). L'injection sera pratiquée d'après les mêmes principes que ceux qui vont être indiqués pour le rectum (voir fig. 49). Les deux mains régleront l'entrée et la sortie du liquide

d. — INJECTIONS RECTALES

Les injections rectales, en dehors des *lavements*, tantôt simplement évacuateurs, tantôt médicamenteux (chloral, laudanum, etc.), sont surtout thermiques et mécaniques.

Fig. 49. — Injection rectale avec sonde à double courant.

Les injections chaudes, faites dans le rectum, en quantité aussi considérable que la femme peut les supporter, modifient heureusement les anciens exsudats de pelvi-péritonite, et aussi certaines déviations postérieures de l'utérus.

Après évacuation préalable du rectum, on fera les injections à l'aide d'une sonde à double courant, très analogue à celle employée pour la vessie, mais munie de deux renflements (fig. 49) destinés à entrer en contact de la partie superficielle et profonde du sphincter anal, de manière à assurer une certaine fixité à l'appareil appliqué.

La femme peut prendre seule cette injection, couchée dans son lit ; le réservoir injecteur est placé à un mètre environ au-dessus du niveau de l'anus, le réservoir récepteur au pied du lit, le tuyau qui y aboutit passant sous une des cuisses de la patiente. Chacun des tuyaux d'arrivée et de départ est tenu dans une main, pincé entre le pouce et l'index pour régler à volonté le passage du liquide.

La femme laisse arriver le liquide chaud (45 à 50°) jusqu'à ce qu'elle éprouve une sensation désagréable de réplétion dans le petit bassin ; elle pince alors le tuyau d'arrivée, et au bout de quelques instants laisse échapper par le tuyau de sortie une certaine quantité de liquide. La même manœuvre est recommencée une série de fois jusqu'à ce que l'injection soit terminée.

Il est bon que cette injection soit abondante, une dizaine de litres environ. A cet effet, il convient d'avoir des réservoirs (injecteur et récepteur) de cette capacité, ou un aide qui les remplit et vide pendant l'opération.

VIII

TOPIQUES. — SUPPOSITOIRES. — TAMPONS

Les topiques, soit gazeux (injection dans le vagin d'acide carbonique, de chloroforme pulvérisé), soit habituellement liquides ou solides, peuvent être appliqués sur la vulve, à la surface vaginale, sur le col utérin, ou enfin dans la cavité utérine au niveau du col ou du corps.

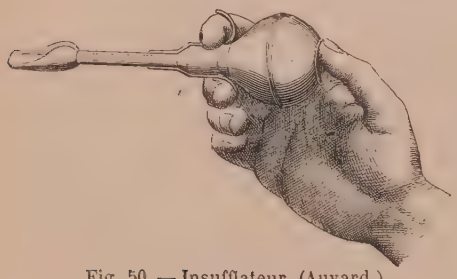


Fig. 50. — Insufflateur. (Auvard.)

Ces topiques sont de différentes sortes :

Des *caustiques* (voir le chapitre qui leur est consacré) ;

Des *astringents* : alun, tannin, ratanhia ;

Des *calmants* : belladone, opium, cocaïne, antipyrine ;

Des *antiseptiques* : iodoforme, iodol, salol, acide borique.

A la vulve, les topiques liquides ou solides seront appliqués

comme en tout autre point de la surface du corps et maintenus par un bandage approprié.

Dans le vagin, les liquides seront injectés (voir le chapitre précédent sur les *Injections*[1] *vaginales*), et les solides appliqués sous forme de *poudre*, de *pâte* ou de corps durcis fondant à la chaleur et à l'humidité (*suppositoire*).

L'introduction des poudres (tannin, alun, iodoforme, etc.) exige l'emploi préalable du spéculum, de manière à permettre l'accès direct

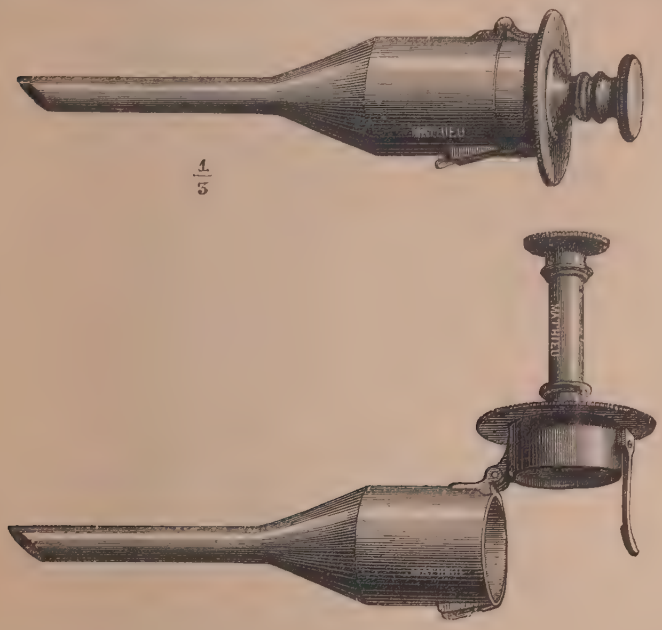


Fig. 51. — Porte-pommade.

de la muqueuse vaginale. La poudre sera portée sur le point désiré avec une spatule, ou mieux insufflée à l'aide d'un appareil spécial (fig. 50).

Les pâtes (de préférence mélanges de vaseline, amidon, avec addition d'un médicament actif), dont j'ai préconisé l'emploi avec M. Terrillon, pourront être introduites dans le vagin à l'aide du porte-pommade, représenté par la figure 51, et que M. Mathieu a construit en 1880 sur mes indications.

[1] On a encore préconisé l'emploi de capsules gélatineuses, permettant l'introduction de liquides dans le vagin.

Les solides seront appliqués sous forme de suppositoires (pessaires médicamenteux de Simpson). Les suppositoires se préparent avec une des substances suivantes : *beurre de cacao*, cire blanche, suif, gomme.

Exemple : Suppositoire à l'iodoforme

Iodoforme	1 gramme.
Glycérine.	10 —
Beurre de cacao	Q. s.

Pour un suppositoire.

On donne à ces suppositoires diverses formes : conique, cylin-

Fig. 52. — Suppositoires et pessaires médicamenteux.

drique, ovalaire (fig. 52). Cette dernière est plus commode pour le vagin.

Ces suppositoires fondent en deux à six heures, et entretiennent ainsi dans le vagin un bain médicamenteux d'un effet très salutaire.

Les topiques qu'on destine à la surface vaginale du col pourront

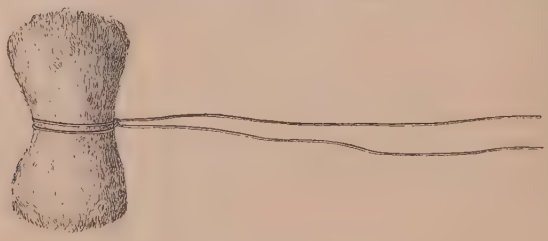


Fig. 53. — Tampon vaginal.

être appliqués d'après les procédés qui viennent d'être indiqués à l'instant pour le vagin ; cette identité se comprend facilement si on réfléchit que le col utérin, par sa surface libre, fait partie de la cavité vaginale qu'il complète supérieurement. — Toutefois, pour l'application de topiques cervicaux on préfère le classique tampon de coton (ouate hydrophile) (fig. 53) qu'on imbibe de liquide, qu'on

recouvre de pâte, ou dans lequel on enferme un corps pulvérulent, et qui est porté, à l'aide du spéculum, jusqu'au contact du col où il est abandonné. Le topique ainsi appliqué agit forcément sur la surface vaginale en même temps que sur le col.

Fig. 54. Crayon intra-utérin.

Les topiques intra-utérins sont de préférence des liquides (voir au chapitre précédent les *Injections intra-utérines*), et les suppositoires, faits avec les mêmes substances et médicaments que pour le vagin ; mais ils ont ici une forme allongée qui leur a valu le nom de *crayons*, ou encore de *bougies ;* d'une longueur de 7 centimètres environ, ils peuvent, après l'application du spéculum être introduits jusqu'au fond de l'utérus. Pour empêcher leur sortie on applique sur le col un tampon vaginal, qu'on laisse six à huit heures en place.

Tous ces topiques, très employés il y a quelques années, sont actuellement beaucoup moins en faveur, on leur reproche avec raison de n'agir que superficiellement ; néanmoins, dans certaines affections, la vaginite, par exemple, ils constituent la base du traitement, et leur action est des plus salutaires.

IX

PESSAIRES

Par *pessaire*, on entend tantôt un médicament de forme consistante qu'on introduit dans le vagin où il doit fondre et agir comme topique (tels les suppositoires vaginaux), tantôt un instrument destiné à maintenir l'utérus.

Donc deux variétés de pessaires :

Les uns *médicamenteux ;*

Les autres *instrumentaux.*

Les premiers ont été étudiés avec les topiques, inutile d'y revenir ici. Je me bornerai à l'étude des seconds, auxquels d'ailleurs on réserve presque exclusivement la dénomination de pessaires.

Il existe quatre variétés de pessaires instrumentaux :

1° *Les vagino-abdominaux ;*

2° *Les vaginaux ;*

3° *Les utérins ou intra-utérins ;*
4° *Les combinés ou mixtes.*

Ces diverses appellations se définissent d'elles-mêmes.

1° *Pessaires vagino-abdominaux.* — Ces pessaires sont composés, ainsi que l'indique la figure 55, d'une pelote ou d'un anneau vaginal, fixé par des liens à une ceinture abdominale. Il en existe de nombreux modèles ; le plus simple est le meilleur, par exemple celui de Courty, représenté par la figure ci-jointe (fig. 55). Ils sont destinés à remédier au prolapsus utérin.

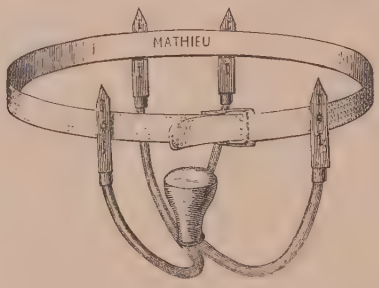


Fig. 55. — Pessaire vagino-abdominal de Courty.

2° *Pessaires vaginaux.* — Les pessaires vaginaux sont ceux qui ont le plus excité et tenté le génie inventif des gynécologues. Chacun dans l'espoir de passer à la postérité a voulu attacher son nom à un nouveau modèle. Dans ce fatras d'inventions souvent incohérentes, je ne mentionnerai que trois variétés, je pourrais même, si je ne craignais d'être trop exclusif, me borner à une, la dernière.

Les trois pessaires en question sont ceux de Hodge, Schultze et Dumontpallier

Le *pessaire de Hodge* (fig. 56) rappelle un rectangle à angles mousses, qui, vu de profil, donne la courbure de la lettre S. Il est fait en caoutchouc durci, en aluminium, en celluloïde, quelquefois en métal malléable, de manière à pouvoir être changé légèrement de forme suivant les cas. Il doit être appliqué dans le vagin comme l'indique la figure 57. On pense qu'il agit par un mouvement de levier : la partie antérieure étant poussée dans la direction du périnée par la pression intra-abdominale, relève la partie postérieure qui se trouve dans le cul-de-sac postérieur du vagin, et appuie ainsi

sur le corps de l'utérus en le repoussant en haut et en avant. D'où

Fig. 56. — Pessaire de Hodge.

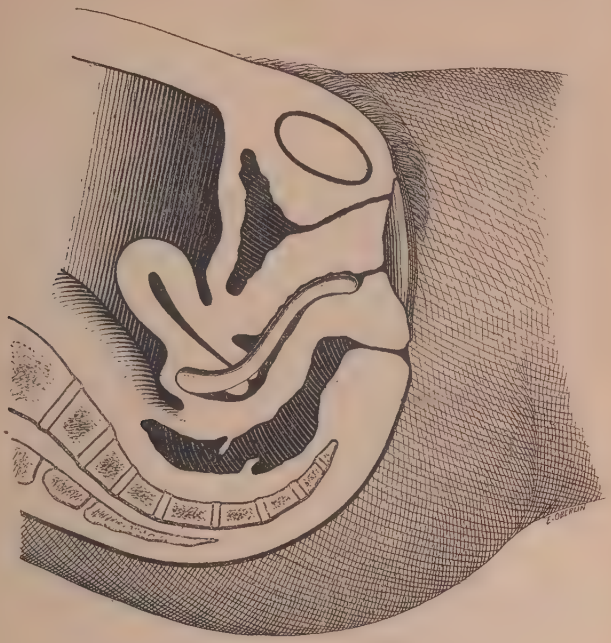


Fig. 57. — Pessaire de Hodge en place.

l'emploi de cet instrument dans les déviations du corps utérin en arrière. Cette théorie du levier est hypothétique, je crois plus volontiers que le pessaire de Hodge agit en distendant le cul-de-sac postérieur et en tendant les ligaments utéro-sacrés ; le col utérin ainsi attiré vers le sacrum, tend à redresser tout l'utérus. Le simple anneau élastique a la même action, et vu sa moindre complication est préférable.

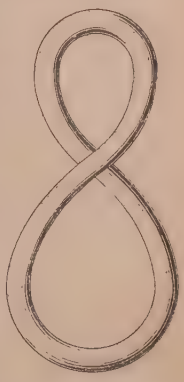


Fig. 58. — Pessaire de Schultze en 8.

Le *pessaire de Schultze* (fig. 58) a la forme d'un 8 de chiffre. Il se place dans le vagin de telle sorte que le col occupe l'anneau postérieur, l'anneau antérieur distend le vagin et vient buter contre la symphyse pubienne (fig. 59). Ce pessaire destiné à remédier aux rétrodéviations, n'est guère employé qu'en Allemagne, son pays natal.

Le *pessaire de Dumontpallier*, encore désigné sous le nom de *Mayer*, se compose d'un simple anneau élastique, qu'on introduit

dans le vagin en l'aplatissant, et qui, laissé libre, reprend sa forme

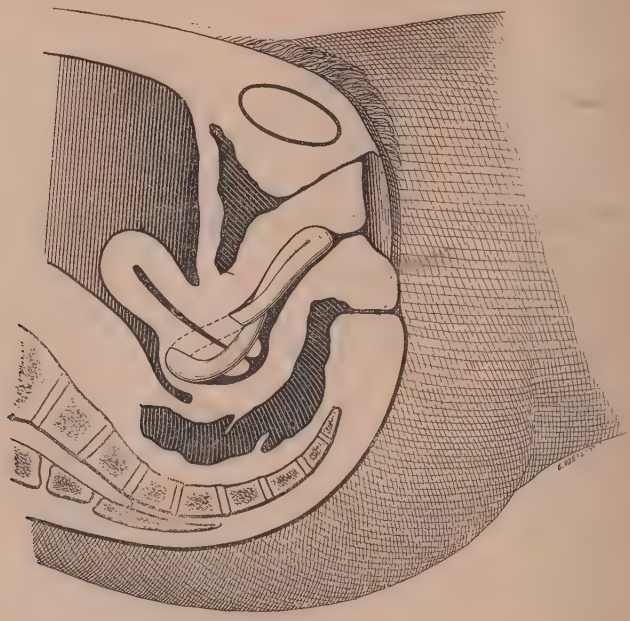


Fig. 59. — Pessaire de Schultze appliqué.

arrondie. La partie postérieure de l'anneau se trouve dans le cul-de-sac postérieur, l'antérieure distend la partie antérieure du vagin.

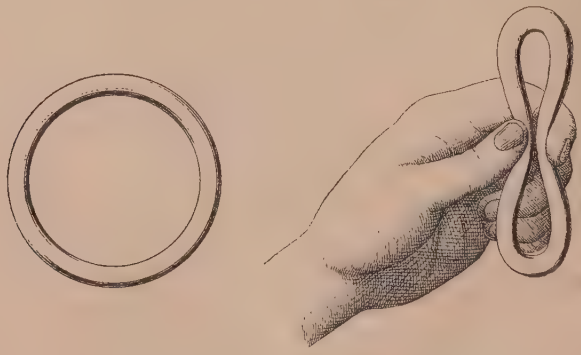


Fig. 60. — Pessaire anneau de Dumontpallier.

Ce pessaire ne doit pas être trop élastique, sans quoi il reste passif dans le vagin, sa résistance doit être suffisante pour qu'étant

appliqué il garde sa forme annulaire. Beaucoup de ces pessaires agissent d'une façon incomplète par le fait même de ce manque

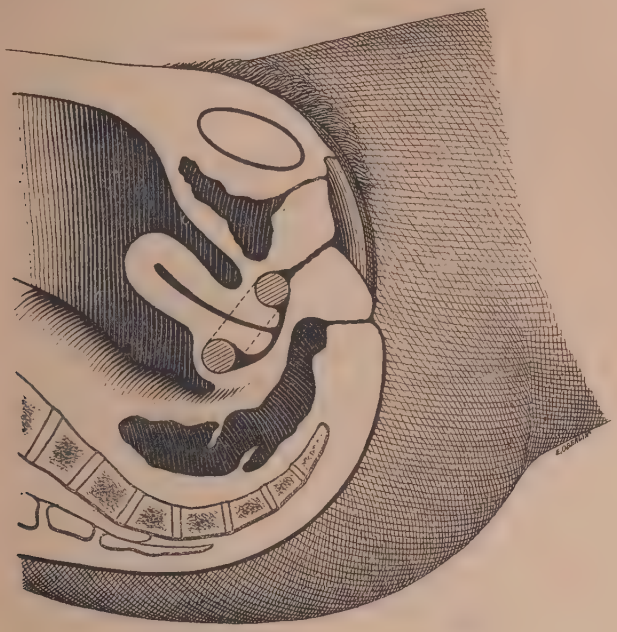


Fig. 61. — Pessaire de Dumontpallier en place.

de résistance. Malgré les critiques qu'on lui a adressées, cet anneau élastique est susceptible de répondre comme pessaire à la plupart des besoins de la gynécologie; je l'emploie presque exclusivement.

Fig. 62. Pessaire intra-utérin de Simpson.

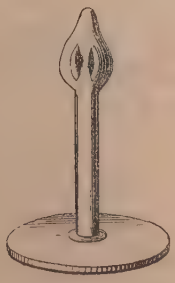


Fig. 63. Pessaire intra-utérin de Greenhalg.

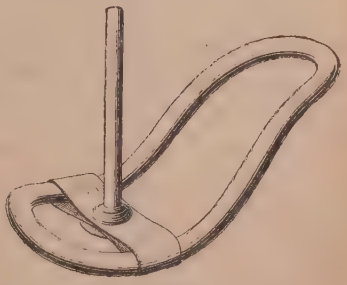


Fig. 64. Pessaire combiné de Studley.

3° *Pessaires intra-utérins.* — Les pessaires intra-utérins sont de

deux sortes, les uns rigides (fig. 62[1]) destinés à maintenir l'utérus droit alors qu'ils sont introduits dans la cavité utérine, les autres perforés d'un canal forment une sorte de drainage utérin facilitant l'écoulement des mucosités. Les premiers sont dangereux, les seconds inutiles, aussi le pessaire intra-utérin a-t-il à peu près complètement disparu de la thérapeutique gynécologique.

4° *Pessaires montés ou combinés.* — Le pessaire de Studley représenté par la figure 64 explique le type de ces pessaires à la fois intra-utérins par la tige médiane, et vaginaux par l'anneau. Ces instruments sont abandonnés.

Des différents pessaires qui viennent d'être examinés et dont il sera de nouveau question à propos des déviations utérines, on voit donc que deux méritent seulement d'être retenus, le *vagino-abdominal de Courty,* et surtout l'*anneau élastique de Dumont-pallier ;* il est très important que ce dernier présente une certaine rigidité.

X

GYMNASTIQUE. — MASSAGE

Gymnastique est synonyme d'exercice, de fonctionnement.

Il y a donc une gymnastique pour chaque système, pour chaque organe, pour chaque élément vivant. Gymnastiques cérébrale, pulmonaire, cardiaque, musculaire, articulaire, etc.

Toutefois le mot gymnastique s'applique plus volontiers à un excès de fonctionnement, en vue d'un but déterminé, thérapeutique ou autre, et l'usage l'a réservé plus particulièrement à l'exercice du système musculaire. D'où la définition de Larousse (Grand Dictionnaire), « art qui a pour but de donner au corps, par des exercices appropriés, de la force et de la souplesse ».

La gymnastique, prise dans ce dernier sens, peut être :

[1] Le pessaire de Simpson est formé par l'accolement de deux métaux, zinc, et cuivre, dans le but de produire un dégagement d'électricité (?).

Soit active, mouvements volontaires s'adressant aux muscles striés, *gymnastique proprement dite.*

Soit passive, manipulations, intéressant de préférence mais non exclusivement les muscles lisses, *massage* (de l'arabe *mass*, manier, toucher, palper).

Dans le second cas les muscles lisses, n'obéissant pas à la volonté, ne peuvent être exercés que par des excitations directes et extérieures, dont le massage constitue une variété importante; d'autres agents, l'électricité par exemple, répondent au même but.

En gynécologie ces deux variétés de gymnastique sont appelées à rendre des services signalés.

Je ne m'occuperai pas ici de la gymnastique proprement dite qu'on ne peut trop recommander pour l'éducation des filles, et dont le rôle préventif et curatif dans la pathologie génitale ne saurait faire de doutes. Je signalerai cependant les *mouvements contrariés* [1] auxquels *Brandt* a volontiers recours pour seconder le massage génital, soit mouvements contrariés d'adduction des cuisses pour fortifier les muscles du diaphragme pelvien et surtout le releveur coccy-périnéal dans le cas de prolapsus utérin, soit mouvements contrariés d'abduction des cuisses pour appeler le sang à la périphérie du bassin dans les inflammations chroniques des organes génitaux.

Mais c'est surtout du *massage*, dont il sera ici question.

Le massage, introduit dans la gynécologie par un officier de l'armée suédoise, le major *Thure Brandt*, encore vivant et exerçant à Stockholm, a depuis été employé avec succès par plusieurs médecins, *Nissen, Sahlin, Howitz, Von Preuschen, Schultze, Norström, Prochownik, Ott, Macnaughton Jones, Vulliet, Reybmair*, etc.

Il semble donner de bons résultats dans deux genres d'affections génitales : 1° dans les lésions inflammatoires anciennes et chroniques de l'utérus et de ses annexes ; 2° dans les déplacements utérins (déviations ou prolapsus).

Dans le premier cas il agit sur la circulation (probablement sur les fibres lisses des artères) qu'il régularise, et aussi sur les exsudats anciens dont il favorise la résorption. Dans le second il lutte contre la métrite qui accompagne à des degrés divers les déplace-

[1] C'est-à-dire mouvements exécutés par une personne alors qu'un aide s'oppose partiellement à leur exécution.

ments utérins et fortifie, grâce à des manœuvres spéciales, les ligaments suspenseurs de la matrice (ligaments larges, ligaments ronds, ligaments utéro-sacrés).

Le manuel opératoire du massage diffère suivant le but qu'on se propose d'obtenir, et à cet égard on peut en décrire deux variétés, l'un *calmant*, l'autre *excitant*.

Massage calmant. (Pour remédier à l'inflammation chronique de l'utérus et de ses annexes.) — La femme déshabillée, ou au moins

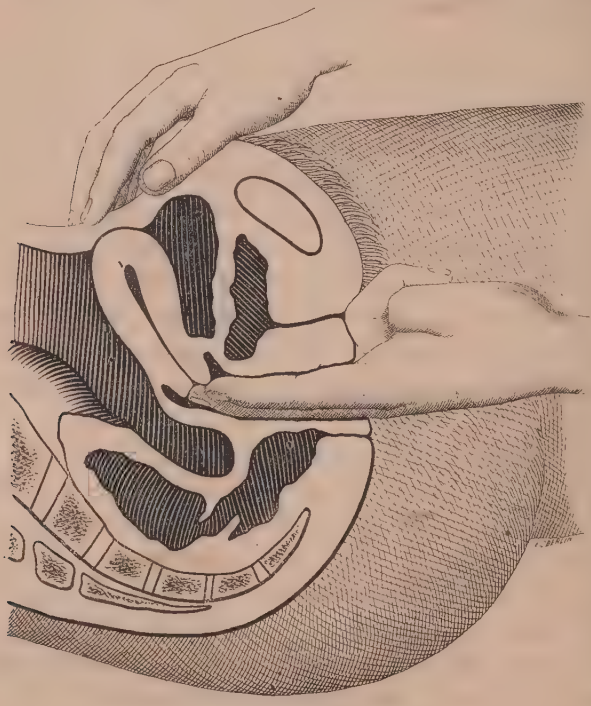


Fig. 65. — Massage calmant.

le corps libre, est étendue sur une chaise longue assez haute ou sur un lit; la tête repose sur un oreiller; les membres inférieurs sont fléchis, et les cuisses légèrement écartées l'une de l'autre. L'opérateur se place à gauche de la patiente; un ou deux doigts (index et médius) préalablement enduits d'un corps gras sont introduits dans le vagin et se dirigent vers le col de l'utérus. Les doigts de l'autre main, déprimant avec grande douceur, et au besoin par une

série de tâtonnements, la paroi abdominale, vont à la rencontre du corps utérin; aussitôt que la matrice est pincée entre les doigts vaginaux et abdominaux, on exerce sur toute son étendue une série de pressions, de frictions d'énergie progressive, comme si on voulait chasser de l'organe tout le sang qui y circule. Après le corps on masse le col de l'utérus en procédant de même. Quant on veut agir sur les annexes, on les pince également entre le cul-de-sac vaginal et la paroi abdominale en agissant sur elles comme sur l'utérus.

Les séances de massage doivent durer cinq minutes environ, un peu plus ou un peu moins suivant la tolérance de la femme. Elles seront répétées tous les jours ou même deux fois par jour ; quelquefois au début, il est cependant utile de les espacer, pour obtenir l'accoutumance du sujet.

La durée du traitement, qui sera interrompu au moment des règles, est de quinze jours à deux mois environ.

Massage excitant. (Destiné à remédier au relâchement ligamenteux, cause de déviation ou de prolapsus.) — Le principe de cette excitation est un tiraillement brusque et momentané exercé sur les ligaments de l'utérus[1]. — La femme étant placée comme tout à l'heure, deux personnes sont nécessaires pour pratiquer le massage excitant. L'une qui par le toucher combiné au palper saisit l'utérus, et l'élève dans l'excavation ; l'autre, qui, se plaçant en face de l'abdomen, plonge dans l'excavation pelvienne les deux mains dont le pouce regarde l'ombilic ; l'extrémité des doigts, déprimant les tissus, arrive au voisinage du sacrum, chassant l'utérus en haut; un brusque mouvement d'élévation est alors imprimé à l'utérus, dans la direction de l'ombilic, les mains sont promptement relevées, et l'utérus abandonné à lui-même reprend sa position première. — La manœuvre doit être recommencée trois à quatre fois par séance.

Cette élévation de l'utérus, quand elle est bien faite, et elle peut l'être sans difficulté chez les femmes maigres et à parois souples, doit en effet exercer un tiraillement notable sur tous les ligaments fixateurs ; son action thérapeutique devient ainsi compréhensible et admissible.

[1] On peut se demander comment des tiraillements sont capables de fortifier les ligaments utérins, alors que dans le prolapsus ces mêmes tiraillements exercés par l'organe procident les affaiblissent et les paralysent. Il importe de remarquer que dans le prolapsus l'action est continue, tandis que dans le massage elle est passagère et intermittente, d'où résultat absolument contraire dans les deux cas. Il en est de même d'une marche forcée qui épuise un individu, alors qu'un exercice modéré et bien conduit le fortifie.

Le massage excitant est en général combiné au calmant, car le déplacement utérin s'accompagne le plus souvent d'un état

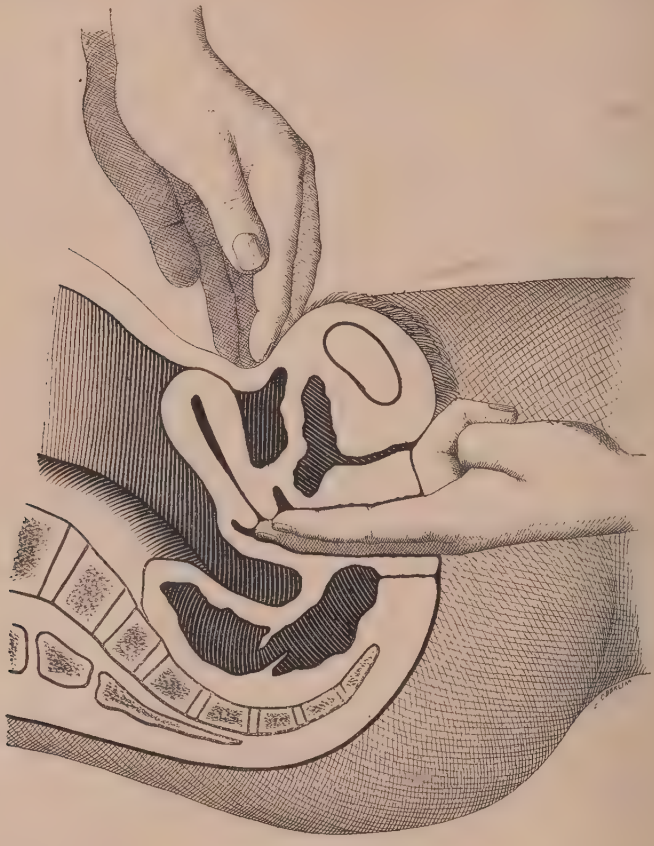


Fig. 66. — Massage excitant.

inflammatoire chronique de l'utérus, contre lequel il importe d'agir simultanément, sous peine de voir tout traitement échouer.

Le massage pourra être appliqué la plupart du temps sans dangers ; il existe cependant trois *contre-indications* à son emploi : l'inflammation aiguë de l'utérus ou de ses annexes, l'écoulement menstruel, et enfin la grossesse. La virginité ne sera un obstacle que si l'hymen est trop étroit, et encore pourra-t-on arriver à l'utérus par la voie rectale au lieu de la vaginale [1].

[1] Consulter pour tout ce qui a trait à cette question du massage gynécologique l'intéressante et nouvelle publication de Jentzer et Bourcart : — *Gymnastique gynécologique et traitement manuel des maladies de l'utérus et de ses annexes.* — Genève, 1891.

XI

ÉLECTRICITÉ[1]

SOMMAIRE

1° Franklinisation.
Instrumentation.
Emploi et indications.
2° Faradisation.
Instrumentation.
Emploi et indications.
3° Voltaïsation électrique.
Instrumentation.
Emploi et indications.
Dangers et contre-indications.

Tous les genres d'électricité sont employés en gynécologie. On a recours, suivant les besoins, à la franklinisation, à la faradisation, ou à la voltaïsation.

Je vais décrire succinctement les appareils et les applications électriques qui sont le plus communément employés, ainsi que les maladies qui en sont justiciables.

1° FRANKLINISATION

L'appareil le plus pratique est la machine Carré dont nous donnons la figure (fig. 67).

Cette machine se compose de deux plateaux, l'un de verre et l'autre d'ébonite, tournant dans le même sens. Le plateau de verre frotte sur deux coussins de cuir et s'électrise ; il électrise par induction le plateau d'ébonite qui transmet au gros conducteur ou condensateur l'électricité ainsi formée. Une tige relie le condensateur à un plateau de verre ou de bois à pieds de verre, sur lequel on place la malade qui se charge ainsi d'électricité négative. Des excitateurs font jaillir l'étincelle ou le souffle aux points choisis par le médecin.

[1] Voir, pour les détails, le *Manuel d'Electrothérapie gynécologique*, de M. Brivois, édit. 1890, auquel j'ai fait de fréquents emprunts pour la rédaction de ce chapitre.

Les excitateurs sont en bois ou en métal. Ils sont terminés par une ou plusieurs surfaces pointues pour le *souffle* et l'*aigrette ;* par une boule plus ou moins grosse en métal pour l'étincelle. Isolés par

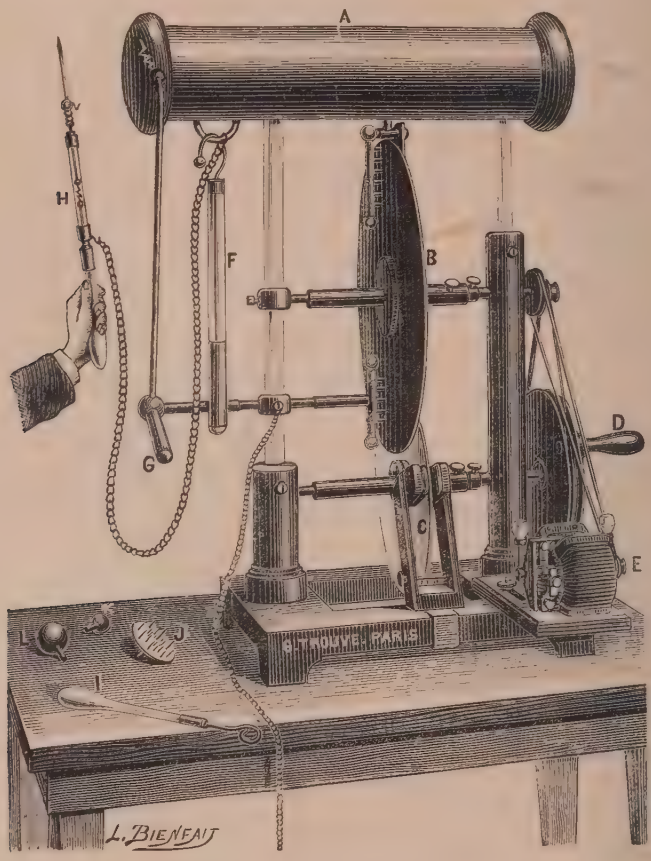


Fig. 67. — Machine Carré.

un manche, ils sont reliés au sol par une chaîne métallique.

On emploie l'électricité franklinienne dans les maladies utérines, qui ont un retentissement sur l'économie toute entière et qui entraînent cet état spécial décrit sous le nom de neurasthénie. Toutes les nerveuses se trouvent bien du bain électrique avec ou sans étincelle. Cette catégorie de femmes, dont l'état général est plus atteint que les organes génitaux, est très commune et se rencontre journellement. Elles consultent pour leur utérus, qui est moins

pathologique certainement que l'ensemble général. Souvent même le gynécologue ne découvre aucune lésion locale.

Ces femmes se trouveront bien des applications franklinniennes sous forme de bains électriques plus ou moins prolongés, qui leur apporteront le calme et le sommeil. Le médecin doit se rappeler que ces malades sont très sensibles à l'électricité et qu'il ne faut jamais les brusquer par des applications électriques intensives au début. Il faut commencer par le bain électrique franklinien sans souffle, pour les habituer à l'électricité et les familiariser avec cet appareil et cet outillage un peu compliqué qui effraie plus, de prime abord, qu'il ne calme. C'est une catégorie de malades excessivement impressionnables qu'un rien bouleverse et que la moindre faute opératoire ferait fuir à tout jamais le cabinet du médecin.

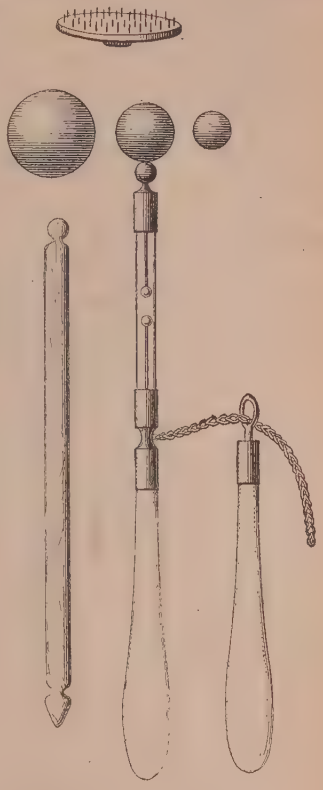


Fig. 68. — Excitateurs.

Dès qu'elles sont un peu habituées à la médication électrique, on peut faire du souffle soit avec le bâton en bois, soit avec la boule de bois qu'on promène sur les points plus particulièrement sensibles. On arrivera ainsi en quelques séances à l'étincelle avec la plus petite boule de métal, et on est souvent étonné de la résistance de ces femmes, aux plus fortes étincelles quand elles ont subi un entraînement rationnel.

Dans l'aménorrhée, dans la dysménorrhée, dans les névralgies ovariennes, lombaires ou lombo-abdominales ; dans certaines formes de vaginisme et d'hypéresthésie généralisée, dans tous les cas où les lésions utérines sont liées à un élément douloureux peu localisé, occupant une grande surface, c'est à la franklinisation qu'il faudra avoir recours.

Au début, séances sédatives plus ou moins longues, dix minutes à une demi-heure. A la fin, séances plus courtes, cinq à dix minutes, Tension haute pour le bain. Avec l'étincelle, tension proportionnelle à la réceptivité individuelle.

Le nombre des applications est variable : une à quatre semaines de traitement dans les cas ordinaires ou moyens. Les premières séances doivent avoir lieu tous les jours, exceptionnellement deux fois par jour, au début seulement.

2° FARADISATION

Jusqu'à ces dernières années la faradisation occupait une place exclusive en gynécologie. C'est A. Tripier qui a attaché son nom à ce genre de traitement, puisque, dès 1859, il a commencé à faradiser

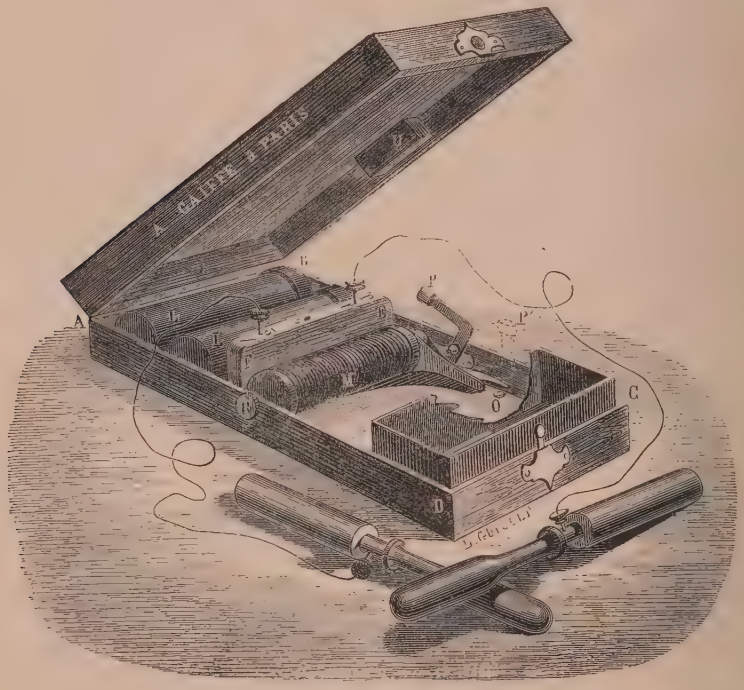


Fig. 69. — Appareil à chariot portatif de Tripier.

l'utérus. Les appareils faradiques sont nombreux. Ils sont généralement bons et répondent à tous les besoins. Je donne la figure de celui de Tripier, fabriqué par Gaiffe (fig. 69).

Dans ce genre d'appareils il faut que le médecin s'attache à avoir un interrupteur facile à graduer à volonté.

Les excitateurs sont unipolaires ou bipolaires, vaginaux et utérins ; nous en donnons quelques modèles (fig. 70, 71, 72).

Pour le vagin la technique opératoire est peu compliquée surtout

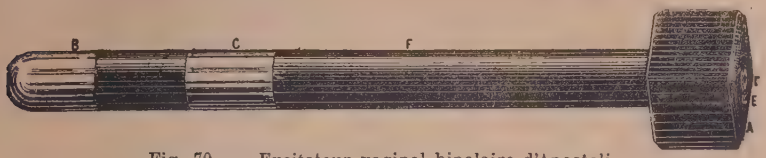


Fig. 70. — Excitateur vaginal bipolaire d'Apostoli.

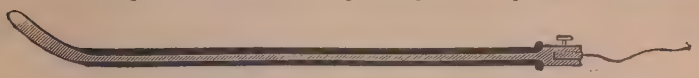


Fig. 71. — Excitateur utérin simple de Tripier.

avec l'électrode bipolaire. L'instrument sera porté doucement et appuyé légèrement sur la partie où l'on veut localiser la faradisation. Le négatif touchera directement le point le plus sensible.

La faradisation utérine demande un peu plus d'habileté et une antisepsie parfaite, puisqu'on pénètre dans la cavité utérine. — Electrode aseptique, doigts et mains aseptiques, vagin nettoyé. — On opère avec ou sans spéculum. C'est peut-être plus facile sans spéculum. La figure 73 montre cette technique opératoire.

Quand on emploie le courant de tension, il faut aller de la tension la plus faible à la plus élevée progressivement, par l'engainement de la bobine sans faire trop souffrir la malade. Intermittences très rapides.

Durée, de cinq minutes à une demi-heure, jusqu'à la cessation de la douleur.

Avec le courant de quantité, on arrivera rarement au maximum de la tension, parce que cette application est plus douloureuse que l'autre. On doit arriver à la contraction du muscle utérin et faire durer la séance trois minutes au maximum, une fois la contraction obtenue.

On voit, d'après les excitateurs, qu'il y a deux opérations distinctes de faradisation : une vaginale et une utérine ou pour mieux dire une extra-utérine et une intra-utérine. La faradisation extra-utérine se pratique avec l'électrode unipolaire ou avec la

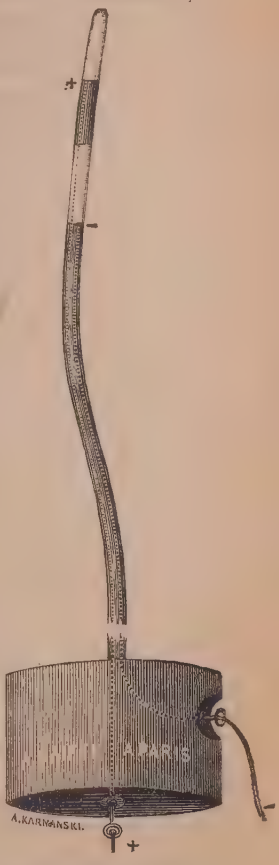


Fig. 72. — Electrode utérine bipolaire d'Apostoli.

bipolaire. Quand on se sert de l'unipolaire, il faut une autre électrode placée sur le ventre dans la vessie ou dans le rectum, pour

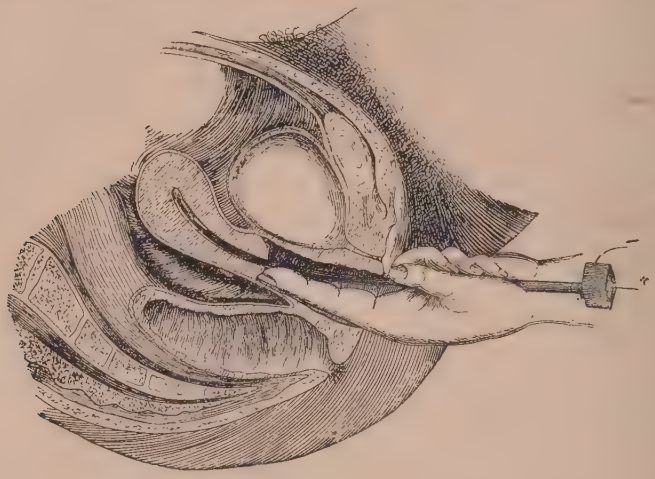


Fig. 73. — Introduction dans l'utérus de l'électrode bipolaire.

fermer le circuit. C'est une opération qu'on fait exceptionnellement. La plus usitée est la faradisation avec l'électrode bipolaire vaginale et utérine.

Les électrodes vaginales sont de différentes grosseurs, qu'on emploie suivant les besoins. Il faut se rappeler que le propre des courants induits est d'être interrompus et de déterminer les contractions ; que des deux bobines dont on se sert habituellement, l'une donne un courant de *tension* et l'autre un courant de *quantité*. — Le courant de tension agit surtout sur le système nerveux et le courant de quantité sur le système musculaire. — Le médecin a toujours avantage à *localiser*, suivant l'expression de Duchenne (de Boulogne) ces deux genres différents d'électricité, suivant qu'il veut avoir des contractions musculaires ou une action directe sur le système nerveux.

Le repos n'est pas nécessaire après l'opération. Il est plus avantageux de faire circuler et marcher un peu les malades.

On emploie la faradisation dans toutes les affections où domine l'élément douleur et quand il y a atonie du muscle utérin. Il y a avantage souvent à combiner la faradisation et la franklinisation. La seconde prépare le terrain et favorise l'application locale faradique, qui serait très excitante employée d'emblée.

Les hypéresthésies vaginales, — les névralgries obturatrices et utéro-ovariennes, — le vaginisme — la douleur ovarienne — les hypéresthésies utérines, dont l'histoire n'est pas encore faite et qu'on classe sors le nom d'utérus irritables, — le spasme de l'utérus — la métrite dans sa forme douloureuse — les dysménorrhées non mécaniques — l'ovarite et la périmétrite subaïque — seront traitées par le courant de tension faradique.

Le courant de quantité faradique sera appliqué à la subinvolution non septique, à la métrite parenchymateuse et à tous les déplacements utérins.

Le tableau ci-joint indique la technique opératoire à suivre dans chaque cas :

Abaissement, prolapsus.	faradisation	vaginale, abdomino-utérine, sacro-utérine, lombo-sus-pubienne, cervico-utérine, recto-utérine.
Antéversion et antéflexion.	faradisation	recto-utérine, abdomino-rectale.
Rétroversion et rétroflexion.	faradisation	vésico-utérine, vésico-abdominale, bi-inguino-utérine, bi-inguino-vaginale.

Mentionnons le procédé spécial du Dr Brivois et son électrode particulière bipolaire destinée à faire contracter un segment quel-

Fig. 74. — Electrode bipolaire utérine du Dr Brivois.

conque de l'utérus: l'antérieur dans la rétroversion et la rétroflexion, le postérieur dans l'antéversion et l'antéflexion.

3° VOLTAÏSATION. — ÉLECTROLYSE

Le courant continu est à l'heure actuelle le plus employé en gynécologie. Les piles sont de deux sortes : fixes ou portatives.

Les piles fixes conviennent surtout dans le cabinet ou dans les hôpitaux, je donne la figure d'une de ces piles (fig. 75).

Les piles portatives sont préférables pour les médecins ne faisant pas un usage constant de l'électricité.

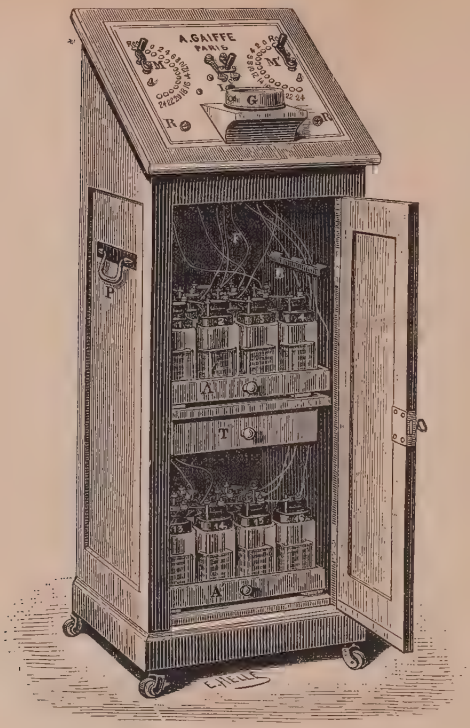


Fig. 75. — Meuble de cabinet (Gaiffe).

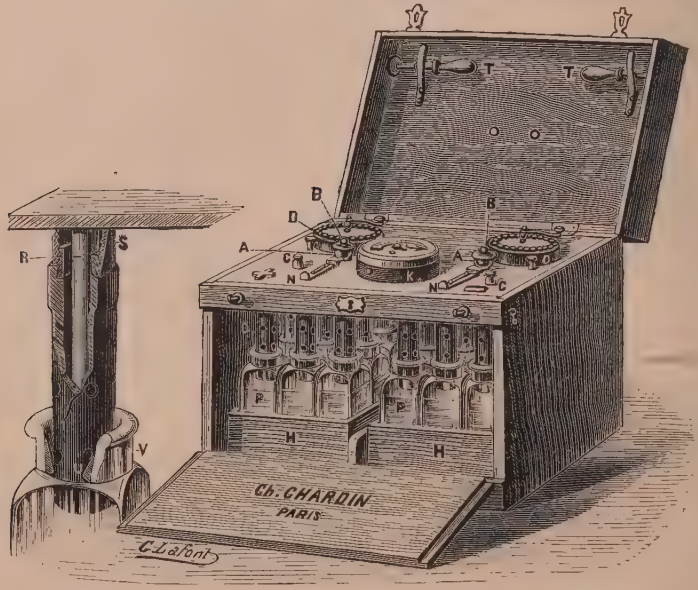


Fig. 76. — Batterie portative à grands éléments (Chardin).

Parmi les modèles fabriqués, le plus pratique est le modèle au bisulfate de mercure de 24 éléments avec interrupteur (fig. 76).

Le galvanomètre, qui est la balance servant à peser le médicament électrique, doit être indépendant. Le meilleur est actuellement le galvanomètre apériodique de Gaiffe, construit de façon à ce que l'aiguille aimantée ne subisse pas la déviation magnétique.

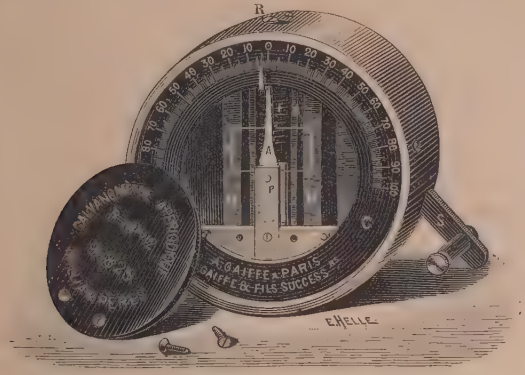


Fig. 77. — Galvanomètre apériodique (Gaiffe).

Les hystéromètres destinés à pénétrer dans la cavité utérine sont de deux sortes : en platine (fig. 78) et en charbon (fig. 79).

Les hystéromètres en charbon sont de plusieurs grandeurs et grosseurs, destinés à se mouler dans la cavité utérine et à la remplir exactement. La figure 79 représente les charbons de M. Brivois et en montre les différents modèles.

Les électrodes intra-utérines consistent en différentes sortes de tampons, dont les plus pratiques sont ceux en charbon recouverts de peau de chamois, qu'on a soin de laisser séjourner dans une solution antiseptique pour qu'elles présentent, au moment propice, un degré d'humidité et d'antisepticité convenables.

On applique sur le ventre des électrodes en terre glaise, en gélosine, en feutre absorbant, en amadou, en tarlatane. Chacune de ces électrodes a ses partisans. La meilleure et celle qui fait le moins souffrir les femmes est, malgré ses inconvénients de préparation et d'application, celle en terre glaise. Viennent après les gâteaux de gélosine et de feutre absorbant.

L'opération qu'on pratique dans la cavité utérine et qui a pour but la modification chimique de la muqueuse au point locale-

ment visé, et un effet dynamique et électrolytique interpolaire, s'appelle chimicaustie intra-utérine. A l'étranger on la nomme électrolyse.

Cette opération doit être faite avec tout le luxe d'antisepsie

Fig. 78. — Hystéromètre en platine du Dr Apostoli.

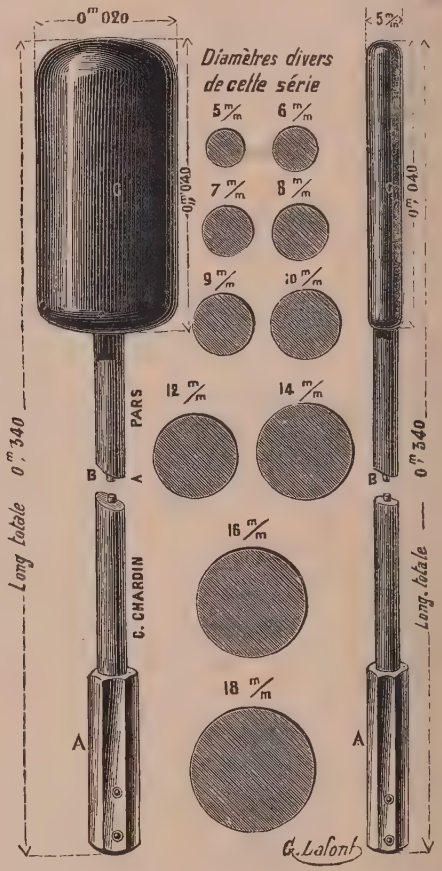


Fig. 79. — Électrodes du Dr Brivois.

indispensable quand on opère dans la cavité utérine. Hystéromètres aseptiques, passés à la flamme, à l'eau bouillante ou à l'étuve Poupinel ; mains, vagin et col nettoyés et aseptiques. Courant constant enregistré par le galvanomètre, sans interruptions ni renversements. Intensité variable suivant la cautérisation qu'on veut effectuer 25 à 300 milliampères. Durée habituelle cinq minutes. Antisepsie plus nécessaire encore après l'opération qu'avant, à cause

de l'élimination de l'escarre. Repos absolu après l'opération. C'est Apostoli qui le premier a formulé la technique opératoire spéciale de ce mode d'application électrique.

Les méthodes extra-utérines ne sont pas si compliquées et ne réclament pas autant de soins antiseptiques puisqu'elles ne s'adressent pas à la muqueuse utérine.

Elles n'ont en vue que la modification produite par l'effet dynamique ou électrolytique du courant continu et négligent complètement la muqueuse utérine. De là deux applications bien distinctes. Toutes les fois que la muqueuse sera malade on devra faire une application intra-utérine si c'est possible. Cette opération aura un effet curatif que ne possédera pas l'application externe sans influence sur la muqueuse.

Les applications intra-utérines ne comporteront ni interruptions ni renversements de courant.

Les applications extra-utérines pourront se combiner avec les interruptions et les renversements.

Il existe une opération intra-utérine, qui nécessite beaucoup de soin et une habileté consommée; je veux parler de la ponction électrique ou volta-poncture. — Cette opération se pratique quand on ne peut pénétrer par les voies naturelles dans l'utérus et qu'on veut exercer une influence locale plus marquée sur cet organe par le courant continu. Il est souvent nécessaire d'endormir les malades, parce que la volta-poncture est une opération généralement douloureuse. On ponctionne avec un trocart filiforme, enfoncé de 2 à 5 millimètres de profondeur au centre de la tumeur si c'est un fibrôme, ou de la trompe si c'est une salpingite, toujours en arrière ou latéralement dans le point le plus rapproché de l'axe de l'utérus. Intensité, durée et antisepsie comme dans la chimicaustie intra-utérine.

Pour bien résumer et fixer ces diverses opérations dans l'esprit, on consultera avec fruit le tableau synoptique suivant que je dois à l'obligeance du Dr Brivois et qui fera comprendre la technique opératoire ainsi que les actions respectives des deux pôles.

CHIMICAUSTIE INTRA-UTÉRINE

ÉLECTRODE	*Platine*, petites cavités.			
	Charbon de Brivois, grandes cavités.			
PÔLE	*positif*	décongestionnant, hémostatique, antiseptique	dans hyperhémies et hypertrophies	vasculaires, congestives, inflammatoires, septiques.
	négatif	congestionnant, hémorrhagipare, moins antiseptique	dans hyperplasies et atrophies	non vasculaires, conjonctives, scléreuses, atones.
INTENSITÉ	*haute*, sans lésion péri-utérine, supportable de 50 à 300 m. a.			
	faible, avec lésion péri-utérine 20 à 50 m. a.			
DURÉE	5 *minutes*, habituelle.			
	10 *à* 12 *minutes*, pour cautérisation complète de la muqueuse.			
ANTISEPSIE	*rigoureuse* avant et après l'opération.			
REPOS	*obligatoire* après l'opération.			

Applications pratiques — Indications.

Certains fibrômes utérins sont heureusement influencés par la médication électrique. Cette médication n'est pas curative comme l'opération chirurgicale, qu'elle prépare souvent, par suite de la progression du fibrôme du côté du péritoine ou de la muqueuse utérine. *C'est une méthode plutôt médicale et palliative*, qui a à son actif des cures symptomatiques nettement appréciables et des effets de régression dans le volume de la tumeur. Ces diminutions dans le volume des fibrômes sont variables, et pour n'être pas toujours considérables ni constantes, elles n'en sont pas moins réelles. Les fibrômes qui régressent le plus sont les fibrômes mous, congestifs, récents. Les fibrômes très durs ou mous à petites géodes, anciens, très volumineux, rétrocèdent plus difficilement et dans des proportions moins considérables.

La subinvolution septique, les métrites chroniques et en particulier la métrite parenchymateuse, les métrorrhagies et l'aménorrhée, les dysménorrhées de cause mécanique par suite d'atrésie, les salpingites et en particulier la salpingite catarrhale, sont justifiables du traitement électrique par le courant continu. La périmétrite chronique, exsudative sera aussi heureusement influencée par la médication électrique à condition qu'on procède avec ménagement et qu'on évite les hautes intensités. Enfin on pourra ouvrir quelques collections liquides, kystiques, purulentes, ou hémorrhagiques, au moyen de la ponction électrique. Le trocart dans ce cas représente exclusivement le pôle négatif.

Contre-indications.

Il est de toute nécessité de faire un diagnostic certain avant d'employer l'électricité. Aussi tout médecin s'occupant de l'électrisation des organes génitaux de la femme, doit, s'il pose lui-même l'indication, être un gynécologue instruit. — Ne pas électriser les tumeurs kystiques, purulentes, les sarcômes, pris pour des fibrômes, car on hâterait l'évolution de la maladie. — Le courant continu aide le diagnostic dans le cas de tumeur à contenu douteux, car la réaction post-opératoire indique si on a affaire à une tumeur simple ou compliquée. — Les kystes, les tumeurs fibro-kystiques, hors le cas où on évacue la collection liquide par la volta-ponction, les salpingites à contenu purulent, ou soupçonné tel, contre-indiquent l'emploi de l'électricité. On ne se servirait de cette méthode que pour évacuer une tumeur liquide ou pour cautériser et modifier la cavité une fois l'ouverture obtenue ; c'est à la volta-ponction négative qu'il faudrait alors s'adresser exclusivement.

XII

OPÉRATIONS

SOMMAIRE

Généralités.
Salle d'opération. Température.
Table, instruments.
Anesthésie locale et générale.
Opérations.
1° Abdominales.
Boîte à instruments.
Aides, leur disposition.
Soins consécutifs.
2° Vulvaires.
Boîte à instruments.
Aides, leur disposition.
Soins consécutifs.
Appendice.
Position de Sims.
Position de Trendelenburg.
Position génupectorale.

Il existe une race de chirurgiens qui ne peut faire une opération sans déborder tout le temps de mauvaise humeur, pestant contre

les instruments, contre le malade, contre les aides, contre tout ce qui les entoure. Il n'y a pas là simple vice de caractère, mais défaut d'éducation chirurgicale. Le talent de l'opérateur ne consiste pas seulement à bien tailler un lambeau ou à extirper dextrement une tumeur, mais à savoir bien préparer une intervention et à dresser ses aides à cet égard, or quand une opération est bien préparée, tout marche en général à souhaits et la mauvaise humeur est inutile.

Cette préparation consiste en une série de détails parfois fastidieux mais très importants à connaître, et dont je vais ici aborder l'exposé.

La pièce dans laquelle on opère doit être aussi nue que possible; la nudité est la base de l'antisepsie. Depuis quelques années on a construit à l'étranger et en France des salles d'opérations très dispendieuses, c'est un luxe inutile. Une pièce propre, bien aérée et bien chauffée, largement éclairée, qu'on puisse nettoyer facilement, telle est la salle d'opération idéale.

La température de la salle pendant l'opération doit être de 25°.

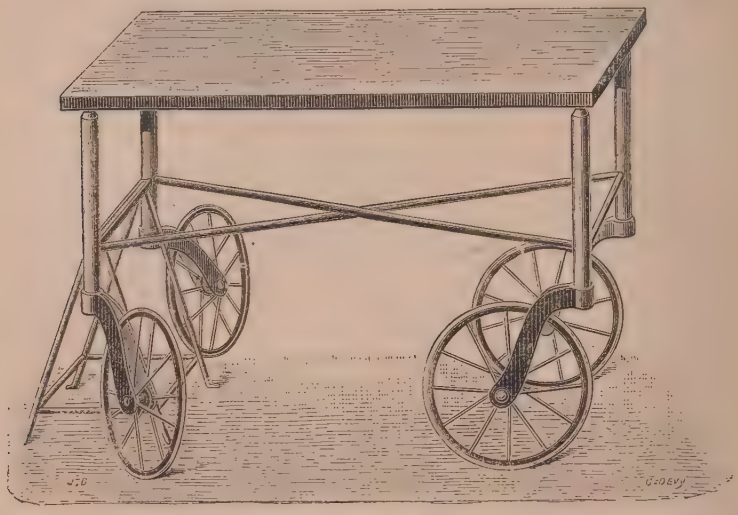


Fig. 80. — Table d'opération roulante, fixation à l'aide d'un chevalet (Auvard).

En fait de tables d'opération on a également fait des merveilles de construction ; prenez une simple table de bois ou de métal. Le métal est préférable parce qu'il ne pourrit pas sous l'influence de l'humidité (suite de lavages opératoires) et parce qu'il se nettoie plus facilement. Je me sers d'une table en métal, formant chariot, et

qu'on immobilise à l'aide d'un appareil très simple, un petit chevalet représenté par la figure 80.

Comme table à instruments une étagère sur laquelle on placera des plateaux mobiles, ou une table spécialement faite dans ce but, analogue à celle représentée par la figure 81.

L'anesthésie sera confiée à un aide spécial, autant que possible

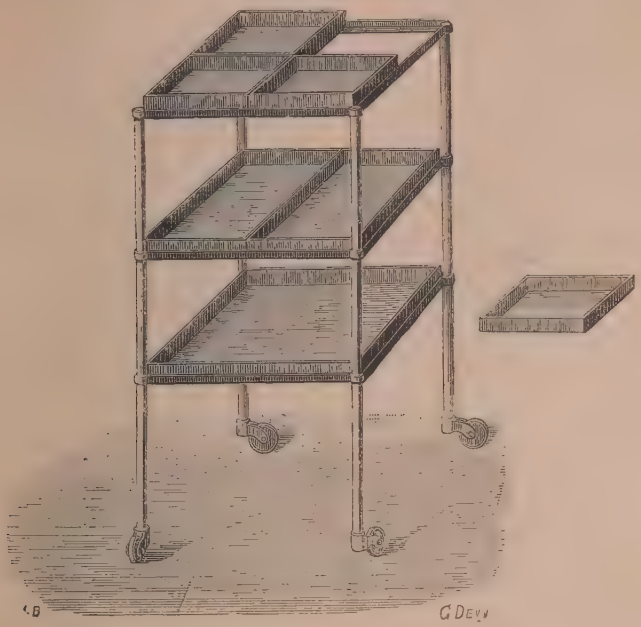


Fig. 81. — Table étagère pour instruments. Un plateau détaché.

toujours le même. Pour la plupart des opérations gynécologiques, l'anesthésie totale est nécessaire ; pour quelques-unes cependant, périnéorraphie, raccourcissement des ligaments ronds, etc., on peut se contenter de l'anesthésie locale à l'aide de la cocaïne. L'anesthésie générale sera faite avec le chloroforme à doses petites et fréquemment répétées.

J'arrive aux détails même de l'opération, tout à faits différents suivant qu'on intervient par la voie abdominale ou par la voie vulvaire.

OPÉRATIONS ABDOMINALES (LAPAROTOMIE)

Les instruments nécessaires à la plupart des laparotomies sont :

1° Une boîte avec bistouris ;
2° Une paire de ciseaux ;
3° Un rasoir ;
4° Deux pinces de Museux ;
5° Quatre pinces de Nélaton (fig. 82) ;

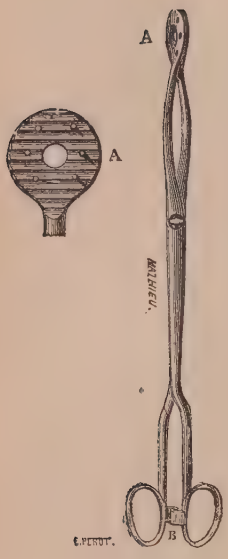


Fig. 82.
Pince de Nélaton.

Fig. 83.
Pince de Chassaignac.

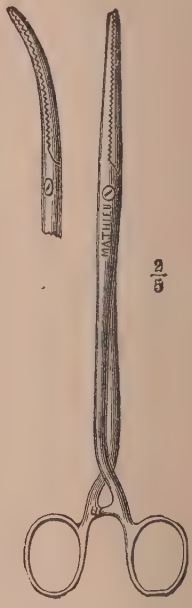


Fig. 84.
Pince longuette.

6° Deux pinces de Chassaignac (fig. 83) ;
7° Douze pinces à forci-pressure ;
8° Quatre pinces longuettes (fig. 84) ;
9° Quatre longues pinces à pansement pour monter les éponges ;
10° Deux écarteurs (fig. 85) ;
11° Une aiguille de Deschamps ;
12° Une sonde vésicale ;

13° Un trocart pour évacuer le contenu du kyste (fig. 86);

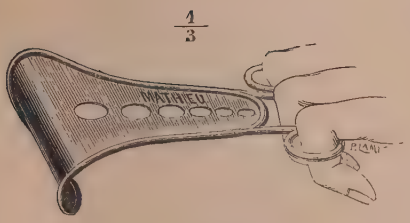


Fig. 85. — Ecarteur (Péan).

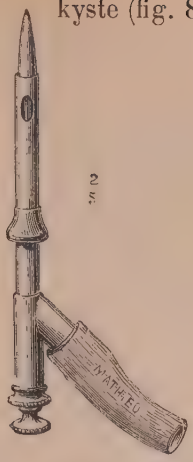


Fig. 86. — Trocart à ovariotomie.

14° Un laveur abdominal (fig. 87);

15° Pour contenir les aiguilles un flacon en verre avec bouchon métallique, ou une boîte métallique analogue à celles dont on se sert comme blague à tabac;

Fig. 87.
Laveur péritonéal (Auvard).

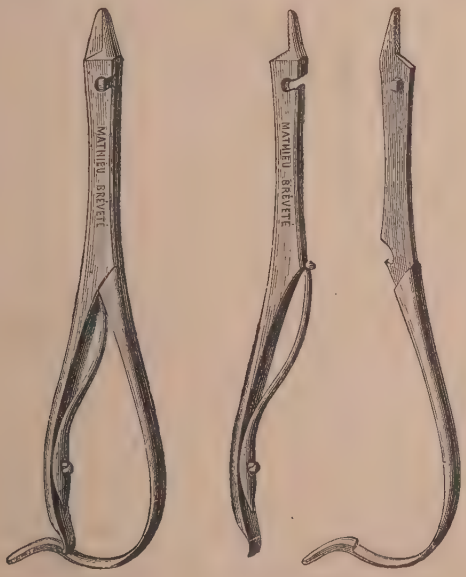


Fig. 88. — Porte-aiguille (Mathieu).

16° Un porte-aiguille (fig. 88).

Tous ces instruments sont placés dans une boîte métallique, qui

permet de les soumettre à l'action d'une étuve sèche, et au besoin de les transporter si l'opération doit être faite dans la clientèle de la ville.

On aura des éponges au nombre de 12, ayant subi une préparation spéciale de manière à être aseptiques[1] et six serviettes ayant baigné pendant une heure au moins dans une solution de bichlorure de mercure à $\frac{1}{4000}$.

Matériel à sutures, soie aseptique.

La disposition générale de l'opération sera celle indiquée par la figure 89.

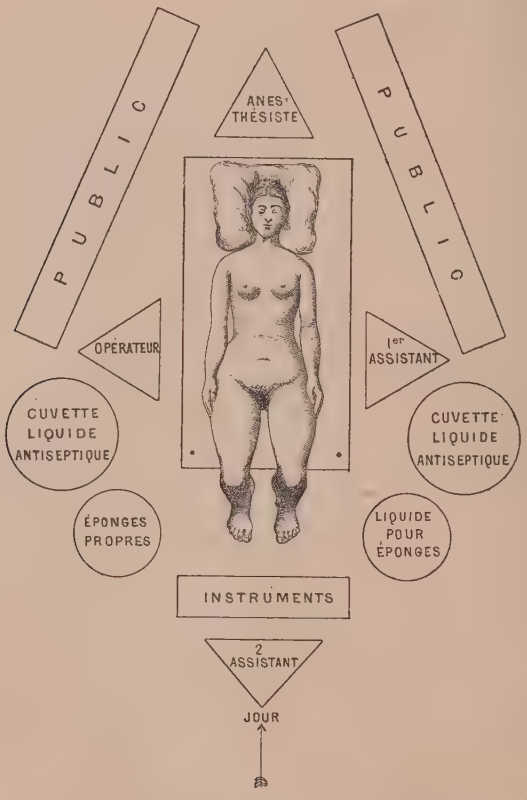


Fig. 89. — Dispositif général pour une laparotomie.

Au moment de commencer l'opération la paroi abdominale sera recouverte d'une couche de teinture d'iode, savonnée jusqu'à dis-

[1] Voir Auvard. *De l'Antisepsie en gynécologie et en obstétrique*, 1891, p. 114.

parition de la teinte produite par cet agent médicamenteux, lavée à l'alcool et enfin avec une solution de sublimé à $\frac{1}{2000}$.

Je ne m'arrête pas aux détails de l'intervention qui seront vus ultérieurement avec chaque opération en particulier, de même qu'à toutes les précautions antiseptiques que je ne puis aborder ici.

Un mot seulement sur la conduite post-opératoire, qui est à peu près la même dans tous les cas.

Toute malade à qui on ouvre le ventre a momentanément une paralysie ou une parésie intestinale.

Pendant les deux premiers jours l'anus reste muet, pendant les deux jours suivants quelques gaz sont rendus, symptôme du réveil intestinal, enfin au cinquième jour en général a lieu la première garde-robe.

Or on donnera :

Pendant les deux premiers jours : boisson très espacée et rare, eau et alcool. La malade a d'ailleurs des vomissements, suite de l'anesthésie, qui empêchent l'alimentation.

Pendant les deux jours suivants : boisson à volonté, bouillon, lait, alcool, champagne, café, thé.

Commencer l'alimentation solide aussitôt que la *première garde-robe a eu lieu.*

Ne jamais permettre le lever avant quinze jours.

Faire porter une ceinture pour soutenir la cicatrice de la paroi abdominale.

OPÉRATIONS VULVAIRES[1]

Les instruments nécessaires pour les opérations vulvaires sont les suivants :

1° Une boîte à bistouris;
2° Une paire de ciseaux;
3° Un rasoir;
4° Quatre pinces de Museux;
5° Quatre pinces à forci-pressure;
6° Un dilatateur utérin (fig. 90);

[1] Par opération vulvaire j'entends toutes les opérations qu'on fait sur la vulve, le vagin et l'utérus par la voie vaginale, de même les opérations sur la vessie, le rectum et l'anus, dans lesquelles on n'intéresse pas la paroi abdominale.

7° Deux valves vaginales, une supérieure et une inférieure, plus deux écarteurs latéraux.

Je me sers soit de ma valve inférieure pesante représentée par

Fig. 90. — Dilatateur utérin à deux branches.

la figure 91, soit de mon spéculum auto-fixateur (fig. 92) ;

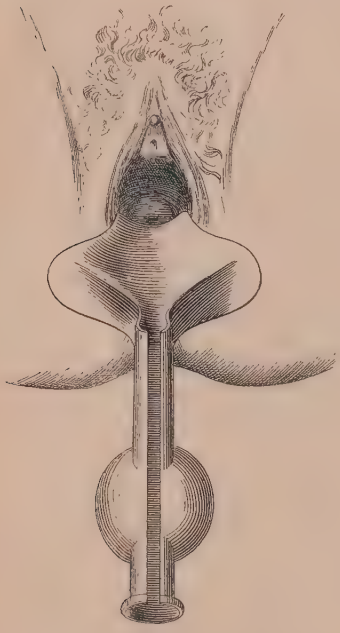


Fig. 91. — Valve vaginale pesante.

Fig. 92. — Spéculum auto-fixateur.

L'un ou l'autre appareil dispense de l'aide habituellement nécessaire pour abaisser le périnée.

Il faut en outre comme instruments :

8° Deux longues pinces à pansement ;

9° Un hystéromètre métallique ;

10° Une aiguille de Deschamps ;

11° Deux curettes irrigatrices de petit et gros calibre (fig. 93) :

12° Une pince à disséquer et une pince à griffes ;

13° Une sonde vésicale ;

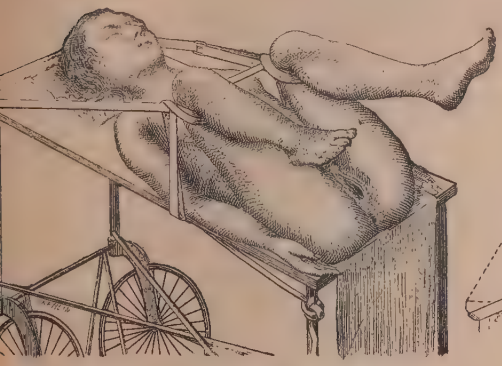
14° Un flacon avec fermeture métallique à vis pour renfermer les aiguilles ;

Fig. 93. — Curette irrigatrice (Auvard).

15° Un porte-aiguille.

Le tout contenu dans une boîte métallique pouvant aller à l'étuve sèche.

En cas d'opération spéciale, par exemple fistule vésico-vaginale, il faudra y joindre les instruments nécessaires à cette intervention.



. 94. — Courroie fixant les membres inférieurs pour une opération vulvaire (Auvard).

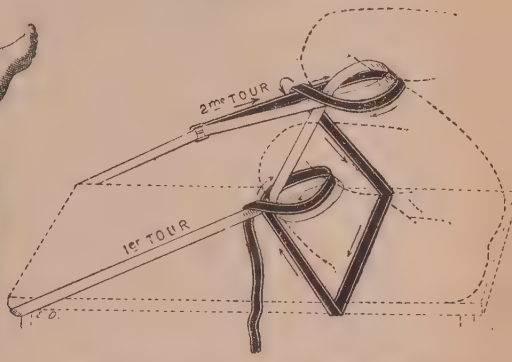


Fig. 95. — Schéma montrant la disposition de la courroie.

Les éponges sont inutiles, car en général on fait les opérations vulvaires avec l'*irrigation continue* d'eau filtrée ou bouillie. Toutefois en cas d'hystérectomie ou d'opération spéciale, il est nécessaire d'en avoir quelques-unes, ainsi que du coton aseptisé par le passage à l'étuve avec les instruments.

Comme matériel à suture, on se servira de soie et de catgut. Ce dernier doit avoir subi une préparation spéciale, savoir :

1° Quatre jours dans une solution de bichlorure de mercure à $\frac{1}{1000}$ pour le gonfler et le désinfecter.

2° Quatre jours dans l'essence de genévrier pour le dégraisser ;

3° Quatre jours dans l'alcool (90°) dans lequel on le conservera ultérieurement.

La femme est placée en position vulvaire après anesthésie, les jambes fortement relevées en arrière sont maintenues par des crois-

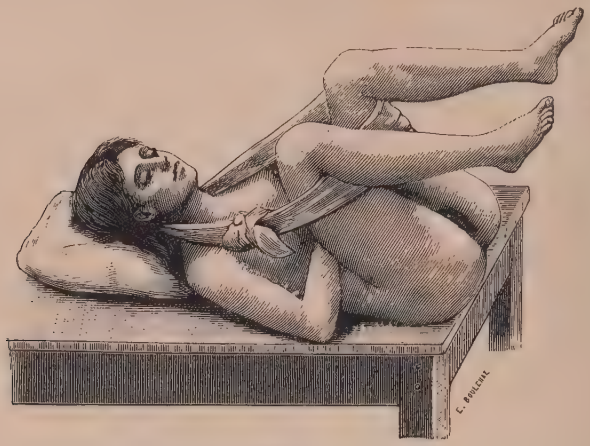


Fig. 96. — Echarpe de Dickinson.

sants, ou une courroie (fig. 94 et 95), ou une simple écharpe (fig. 96)

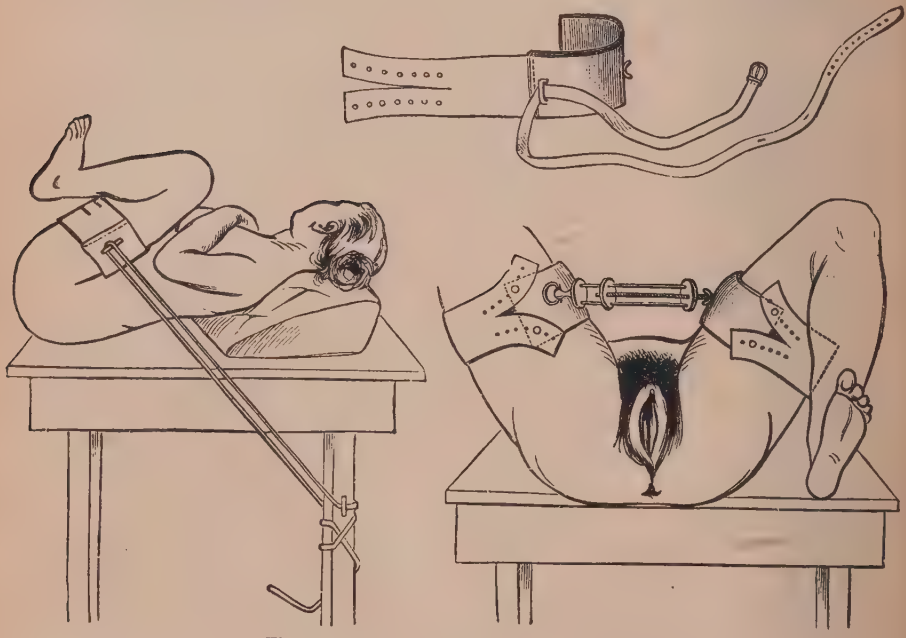


Fig. 97, 98, 99. — *Beinhalter* de Sänger.

ou enfin des aides; on se sert encore volontiers pour maintenir les membres inférieurs d'appareils appelés en allemand, *Beinhalter*

(fig. 97, 98, 99) et en anglais *crotch*). Une toile cirée est glissée sous le siège et tombe dans un vase pour y conduire le liquide.

La disposition générale de l'opération est celle indiquée par la figure 100.

Avant de procéder à l'opération, la vulve est savonnée et rasée.

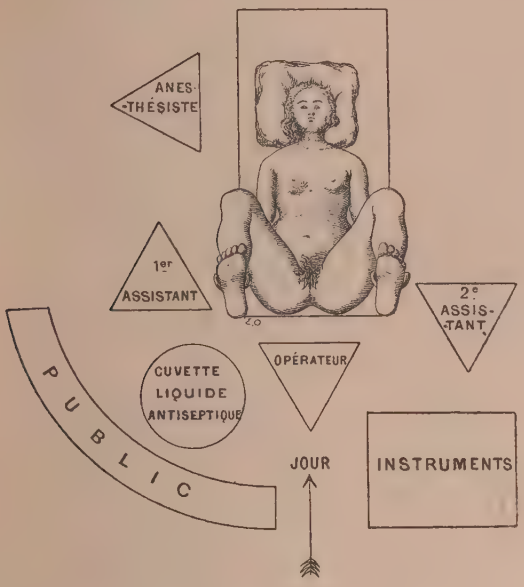


Fig. 100. — Dispositif général pour une opération vulvaire.

On la lave soigneusement avec une solution de bichlorure à $\frac{1}{2000}$, même précaution pour le vagin, en ayant soin d'en frotter les parois avec les doigts, car le simple contact du liquide ne suffit pas à produire une asepsie complète.

Pour éviter l'expulsion des matières fécales pendant l'opération, il faut avoir soin de purger la malade la veille, ou mieux l'avant-veille et de lui donner dans la soirée qui précède l'intervention une pilule d'extrait d'opium 0,05. Si des matières s'échappent pendant l'opération, on introduit, pour les arrêter, un tampon de coton dans la partie inférieure du rectum.

A moins de périnéorraphie, on pourra commencer l'alimentation solide aussitôt que les vomissements auront cessé, c'est-à-dire au bout de 36 à 48 heures. L'appétit de la patiente est d'ailleurs le meilleur guide.

Les deux *positions* que nous venons de décrire, l'une pour les opérations abdominales, l'autre pour les vulvaires, sont celles qu'on emploie généralement ; cependant il en est quelques autres qu'il est indispensable de connaître parce qu'elles peuvent rendre de signalés services dans quelques occasions.

C'est ainsi que les Anglais et beaucoup d'Américains pratiquent les opérations vaginales dans la *position latérale ou de Sims*, indiquée par la figure 4 (p. 15). Cette position pourra être commode pour opérer certaines fistules vésico-vaginales.

On a également employé dans le même but la position génupectorale (fig. 5), à laquelle on a renoncé, car l'anesthésie est très difficile dans cette situation, et la femme se fatigue rapidement.

Fig. 101. — Position inclinée de Trendelenburg.

En Allemagne, on opère beaucoup depuis quelque temps dans la position indiquée par Trendelenburg, position dont la figure 101 donne l'attitude générale. Elle est utile dans certaines laparotomies pour permettre de mieux voir dans le petit bassin, les intestins étant éloignés vers le diaphragme par l'action de la pesanteur. Elle ne gêne en aucune façon l'anesthésie. Toutefois il n'est pas probable que cette position arrive à être préférée, ainsi que le croient quelques auteurs, à la position horizontale habituelle.

CHAPITRE III

MALFORMATIONS GÉNITALES

SOMMAIRE

1. Développement des organes génitaux.
   a. Développement des organes profonds;
   b. Développement des organes superficiels.
2. Bifidités.
   a. Développement égal des deux moitiés;
   b. Développement inégal des deux moitiés.
3. Abouchements anormaux et imperforations.
   a. Abouchements anormaux;
   b. Imperforations.
4. Hermaphrodisme.
   a. Gynandrie;
   b. Androgynie.
5. Etats rudimentaires.
   a. Vulve;
   b. Vagin;
   c. Utérus.
6. Malformations diverses.
   a. Anneaux congénitaux;
   b. Brides.
7. Fistules.
   a. Fistule vésico-vaginale;
   b. Fistule vagino-rectale;
   c. Fistule urétro-vaginale;
   d. Fistule vagino-anale;
   e. Fistule vésico-utérine;
   f. Fistule recto-utérine;
   g. Fistule uretéro-vaginale
   h. Fistule entéro-vaginale;

MALFORMATIONS GÉNITALES

Les malformations génitales sont les unes congénitales, les autres acquises; les premières dépendent d'un vice de développement, les secondes de traumatismes, brûlures, abcès, etc. Après une étude très sommaire du développement génital, j'aborderai l'étude des diverses malformations dans l'ordre indiqué par le sommaire.

I

DÉVELOPPEMENT DES ORGANES GÉNITAUX

Le développement des organes génitaux doit être étudié en deux parties :

a. Développement des organes profonds;

b. Développement des organes superficiels.

a. — DÉVELOPPEMENT DES ORGANES PROFONDS

Trois organes embryonnaires : les *corps de Wolff*, les *canaux de Wolff*, les *canaux de Müller* [1], président chez l'homme comme chez a femme au développement des organes génitaux profonds.

Les *corps de Wolff* placés de chaque côté de la colonne vertébrale dans la région qu'occuperont plus tard les reins, sont destinés à s'atrophier sauf leur partie interne, qui fournit le testicule chez l'homme, l'ovaire chez la femme.

Le *canal de Wolff* forme chez l'homme l'*épididyme* et le *canal*

[1] Il existe de chaque côté de la colonne vertébrale, 1 corps de Wolff, 1 canal de Wolff, 1 canal de Müller, en tout 6 organes, 3 de chaque côté.

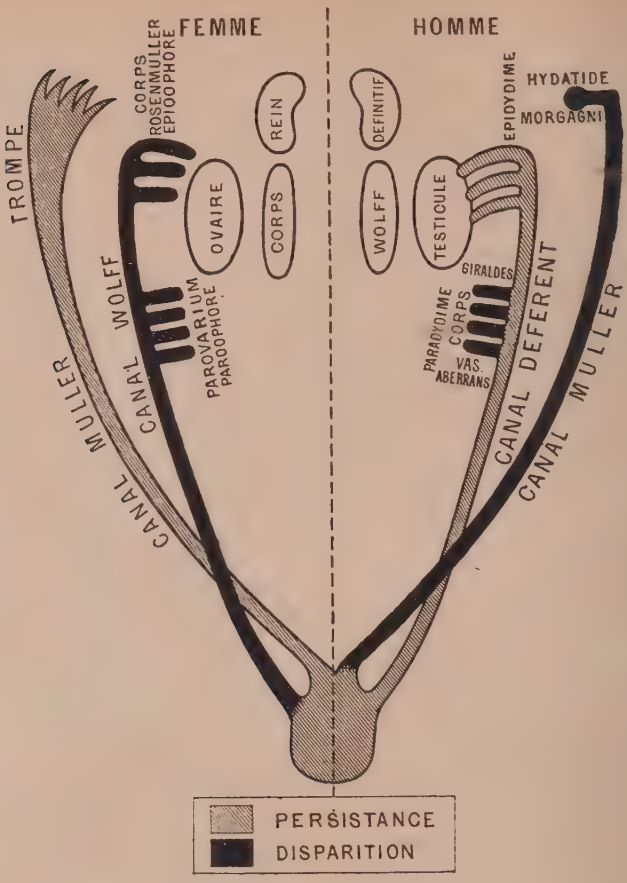


Fig. 102. — Développement des organes génitaux mâles et femelles (organes profonds).

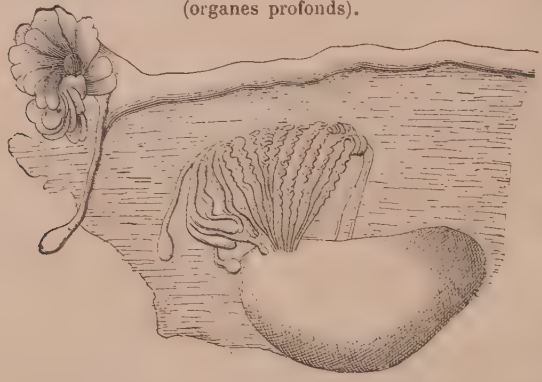


Fig. 103. — Corps de Rosenmuller ou parovarium. Hydatide de Morgagni appendue à la trompe.

déférent; i. *disparaît chez la femme.* On en retrouve les restes à

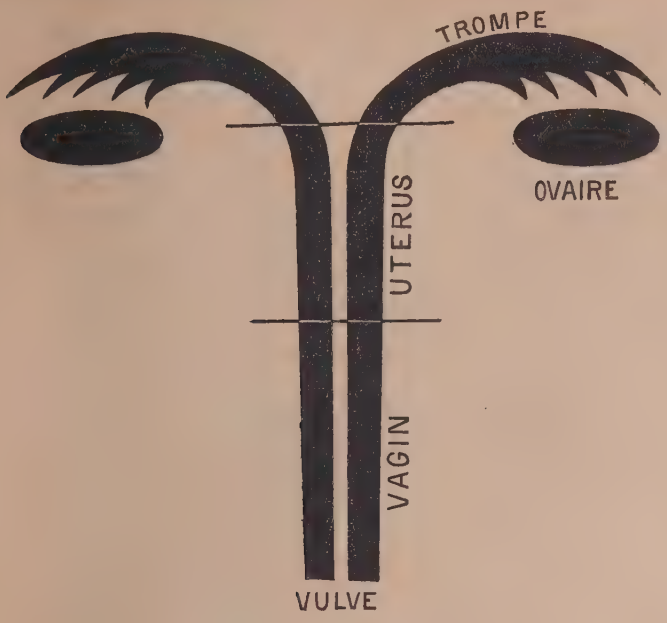


Fig. 104. — Canaux de Müller.

Fig. 105. — Constitution des organes génitaux profonds par la fusion des canaux de Müller.

côté de l'ovaire entre les ailerons moyen et postérieur du ligament

large, ces restes constitués par une série de canaux (Epioophores et Paraoophores) perpendiculairement implantés (en forme de peigne) sur le canal de Wolff, constituent le *corps de Rosenmuller* ou *parovarium* (fig. 103) et jouent un rôle important dans la pathogénie des kystes de cette région.

Le *canal de Müller* disparaît chez l'homme et persiste au contraire chez la femme où il constitue la *trompe*, l'*utérus* et le *vagin*. A son extrémité profonde se trouve souvent un petit kyste qu'on rencontre dans les deux sexes, l'*hydatide de Morgagni*.

Les canaux de Müller sont disposés l'un à côté de l'autre comme l'indique la figure 104.

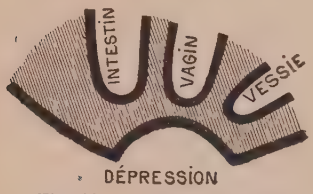


Fig. 106. — Développement des organes génitaux superficiels.

La portion *profonde* reste libre et forme la trompe.

La portion *moyenne* par sa fusion donne naissance à l'utérus (fig. 105).

La portion *superficielle* par une fusion analogue constitue le vagin (fig. 106).

Si cette fusion est incomplète on a un utérus ou un vagin double ; vice de conformation qui sera étudié ultérieurement.

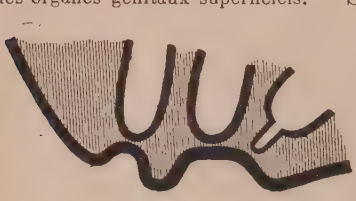


Fig. 107. — Scission en deux de la dépression externe.

b. — DÉVELOPPEMENT DES ORGANES SUPERFICIELS

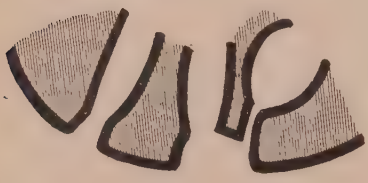


Fig. 108. — Fusion.

Dans la région cutanée où plus tard sera la vulve, se fait une dépression qui, en se creusant, va à la rencontre de trois conduits profondément placés, à savoir l'intestin, le vagin (formé par la réunion des canaux de Müller) et la vessie. Cette dépression unique se scinde bientôt en deux secondaires (fig. 107), l'une postérieure qui va se réunir à l'intestin et qui constitue l'anus, l'autre antérieure, qui n'est autre que la *vulve* et qui va s'ouvrir dans le vagin et dans la vessie (fig. 108). Si la réunion de la dépression superficielle avec le conduit profond n'a pas lieu, il y aura imperforation soit du rectum, soit du vagin, soit de la vessie, malformations qui seront exposées plus loin.

II

BIFIDITES

Le vagin et l'utérus sont formés par l'accolement et la fusion des deux canaux de Müller; si cette fusion est nulle ou incomplète, ces organes deviennent *bifides*. — Dans cette bifidité, il peut y avoir développement *égal* ou *inégal* des deux moitiés.

a. — DÉVELOPPEMENT ÉGAL DES DEUX MOITIÉS

Dans le dédoublement du canal utéro-vaginal, qui se fait de la profondeur vers la superficie, tantôt l'utérus est simplement *cloisonné*, tantôt *dédoublé*. Dans le premier cas, l'examen interne de l'utérus n'indique pas la déformation, ainsi qu'il le fait dans le second.

1° *Utérus cloisonné*, 5 degrés (fig. 109).

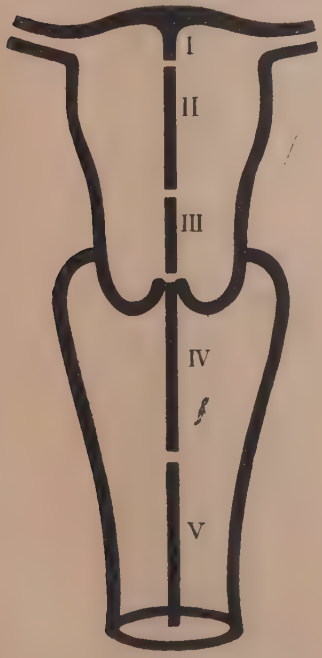


Fig. 109. — Utérus cloisonné.

I. Ebauche de cloison;

II. Cloison corporéale;

III. Cloison corporéo-cervicale;

IV. Cloison utéro-vaginale incomplète;

V. Cloison utéro-vaginale complète.

2° *Utérus dédoublé.*

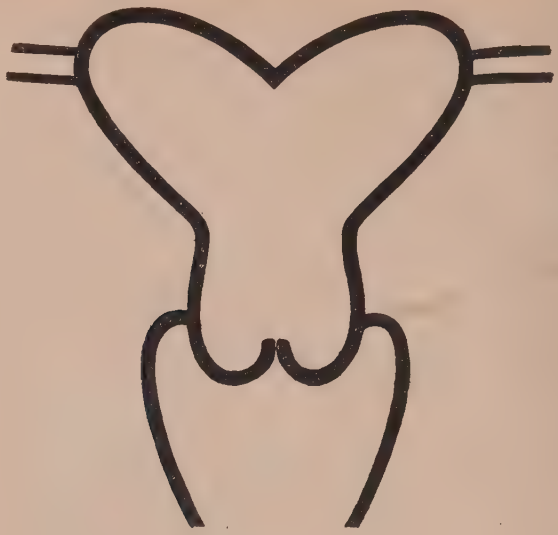


Fig. 110. — Utérus bilobé.

I. Deux cornes (fig. 110);

Fig. 111. — Utérus bifide.

II. Deux corps (fig. 111);

Fig. 112. — Utérus double.

III. Deux utérus séparés (fig. 112).

b. — DÉVELOPPEMENT INÉGAL DES DEUX MOITIÉS

Un des canaux de Müller s'est incomplètement développé, de

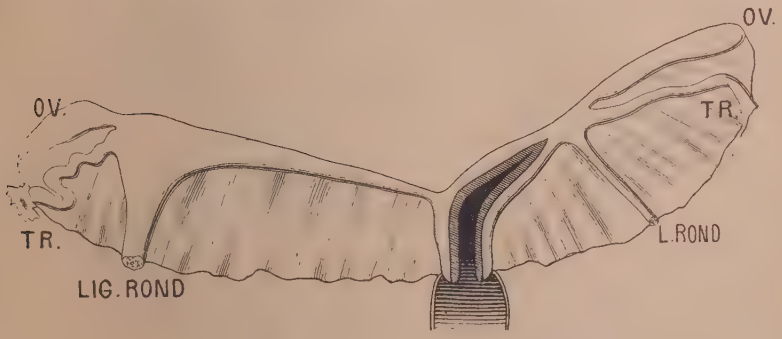


Fig. 113. — Utérus unicorne (Schrœder).
OV, ovaire. — TR, trompe.

telle sorte que les organes génitaux présentent une asymétrie qui peut prendre diverses formes, et dont la figure 113 nous donne un exemple.

Je n'insiste pas davantage sur ces bifidités génitales, bien qu'elles

soient importantes et connues, car elles ne réclament aucun traitement spécial.

III

ABOUCHEMENTS ANORMAUX ET IMPERFORATIONS

La pathogénie des abouchements anormaux et des imperforations est analogue ; dans l'un et l'autre cas, il y a anomalie dans la jonction de la dépression cutanée ou superficielle et des organes profonds. La différence est toutefois importante au point de vue physiologique, car si l'abouchement anormal gêne la fonction de l'organe malformé, l'imperforation l'empêche, et s'il s'agit du rectum ou de la vessie, est incompatible avec la vie.

a. — ABOUCHEMENTS ANORMAUX

1° Fusion recto-vaginale (fig. 114) ;
2° Fusion vagino-rectale (fig. 115) ;

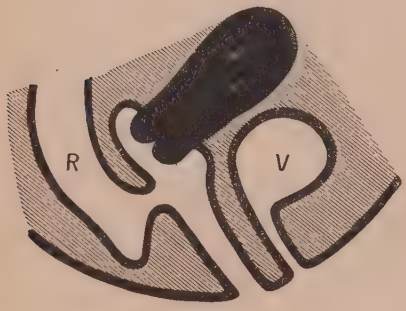


Fig. 114.

Fig. 115.

R, Rectum. — V, Vessie.

3° Fusion vagino-vésicale (fig. 116) ;
4° Fusion vagino-recto-vésicale (fig. 117) ;
5° Ouverture sus-pubienne du vagin et de l'urètre (fig. 118).

Souvent ces vices de conformation coïncident avec ceux d'autres

Fig. 116.

Fig. 117.

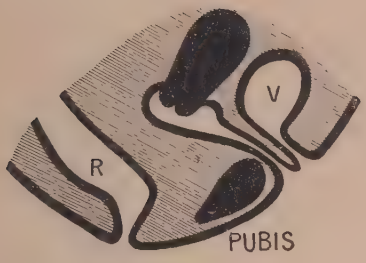


Fig. 118.

organes entraînant la non-viabilité. Quand l'individu est viable et qu'il se développe, le gynécologue pourra être conduit à y remédier par des opérations plastiques, mais l'occasion en est tellement rare qu'il est inutile de les décrire ici.

b. — IMPERFORATIONS

L'imperforation de l'anus ou de la vessie est incompatible avec la vie; quand un enfant vient au monde avec ce vice de conformation il doit donc être opéré de suite, mais c'est le chirurgien qui sera appelé en pareil cas à remédier à cette erreur de développement et non le gynécologue. Il n'en sera pas de même s'il s'agit d'une imperforation utérine ou vaginale; la femme se développe avec sa malformation et ce n'est souvent qu'à dix-huit ou vingt ans, *parce que les règles n'ont pas encore paru*, que le médecin sera invité à donner son avis, et à tenter une opération curatrice.

Quand il y a imperforation du canal génital, le symptôme carac-

téristique est l'absence totale d'écoulement menstruel; ce symptôme se traduit anatomiquement par la *tumeur sanguine* que forme le sang accumulé en amont de l'obstacle.

La distension du vagin s'appelle *hématocolpos*.

— de l'utérus s'appelle *hématomètre*.

Les trompes elles-mêmes peuvent être soumises à la même influence et donner lieu à l'*hématosalpinx*.

Bref, il y a un *hématome intra-génital*, dont le siège varie suivant les cas. Les figures ci-jointes vont expliquer les divers aspects cliniques de cette affection.

Figure 119. — Le col étant imperforé, le sang s'accumule dans

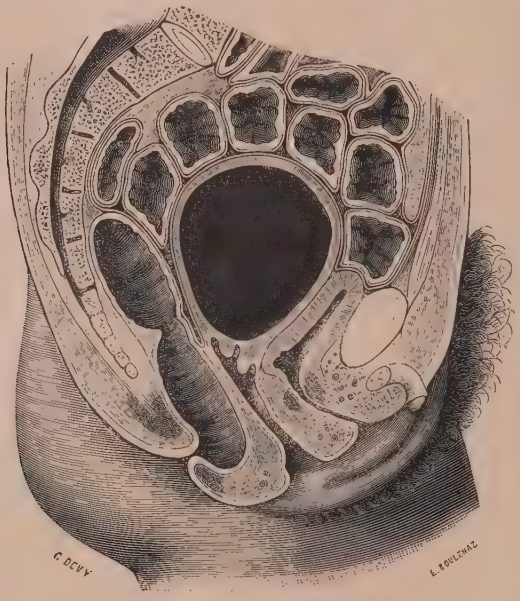


Fig. 119. — Hématomètre.

l'utérus *Hématomètre*. L'imperforation dans ce cas s'explique par l'obstruction même des canaux de Müller sur leur trajet, comme l'urètre, par exemple, peut chez l'homme s'obstruer à la suite d'un rétrécissement d'origine inflammatoire.

Figure 120. — L'imperforation existe à l'union de la vulve et du vagin, la dépression cutanée n'ayant pas rejoint le vagin. Le vagin est distendu par le sang : *hématocolpos*. L'utérus coiffe la tumeur.

Figure 121. — L'utérus peut avoir, dans le même vice de con-

formation que tout à l'heure, été distendu en même temps que le

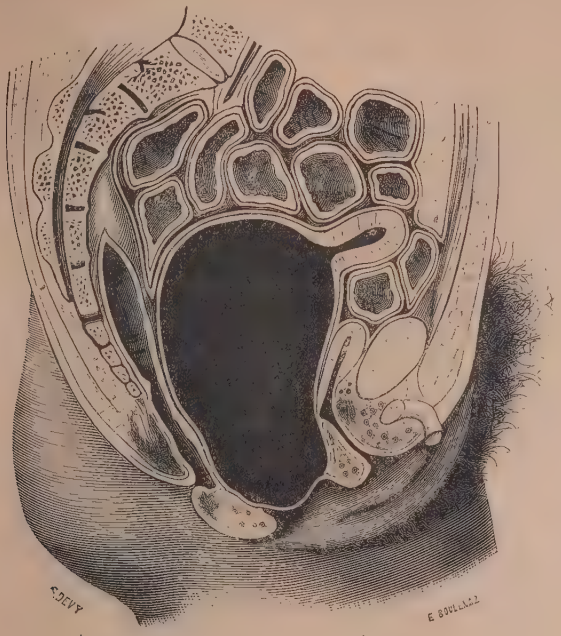


Fig. 120. — Hématocolpos.

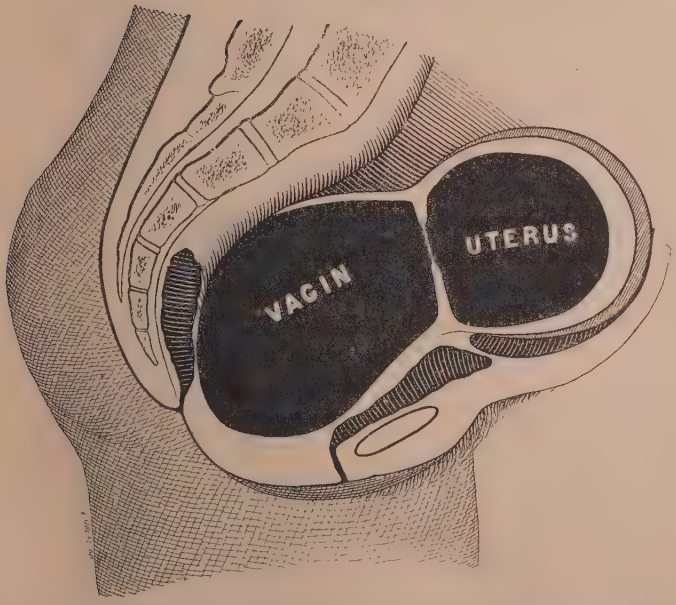


Fig. 121. — Hématocolpos-Hématomètre ou Hématocolpomètre (Barnes).

vagin; il y a alors combinaison d'hématomètre et d'hématocolpos, soit un *hématocolpomètre*.

J'ai déjà signalé l'*hématocolpométrosalpinx*.

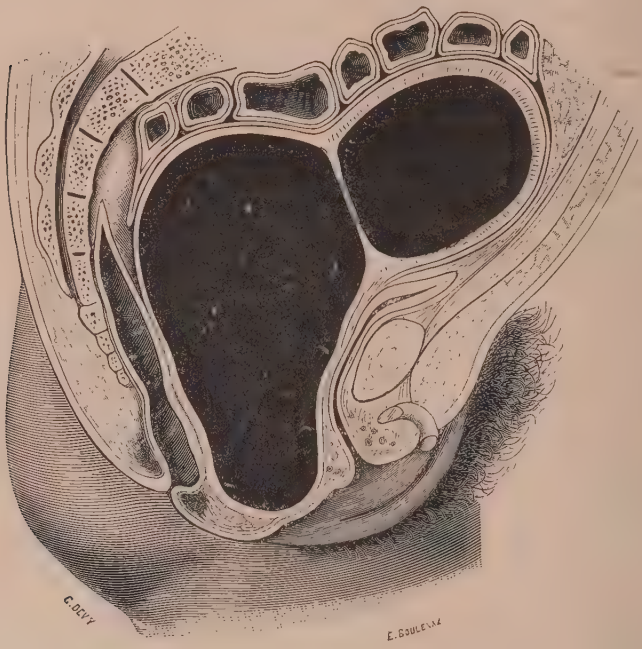


Fig. 122. — Autre variété d'hématocolpomètre, où la tumeur vaginale est plus saillante, plus rapprochée de la peau.

Figure 123. — L'hématome peut coïncider avec une autre malformation génitale, c'est ainsi qu'on a signalé l'*hématocolpomètre latéral*, en cas de bifidité génitale. Le tube de Müller non ouvert au dehors est distendu par le sang.

L'indication thérapeutique s'impose formelle : *ouvrir le canal génital imperforé et lui donner opératoirement une forme se rapprochant autant que possible de la normale.*

Eviter toute ponction exploratrice et toute opération incomplète; le diagnostic est facile et l'intervention doit être d'emblée hardie et radicale, sans quoi on s'exposera aux accidents de septicémie et de suppuration.

L'opération sera simple, quand le bistouri n'est séparé de la collection sanguine que par l'hymen imperforé. Incision cruciale, évacuation du sang, lavage de la cavité avec une solution antiseptique

faible, tamponnement à la gaze iodoformée pendant douze ou vingt-quatre heures.

Si la tumeur vaginale est plus éloignée de l'orifice vulvaire, l'opération croît en difficultés proportionnellement à la distance même de la tumeur. Il faut alors, après avoir introduit un doigt dans le rectum et un cathéter dans l'urètre, se frayer avec le bistouri une voie entre

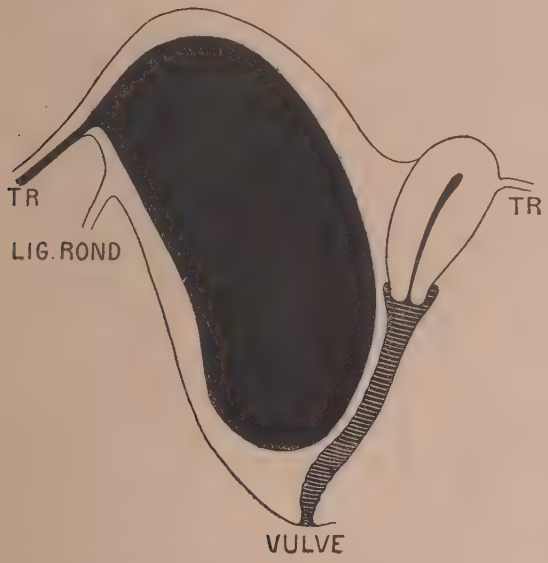


Fig. 123. — Hématocolpomètre latéral (A. Martin).

ces deux canaux et arriver ainsi progressivement et prudemment jusqu'à l'hématocolpos. Chemin faisant on pincera, liera, ou brûlera au thermocautère les vaisseaux fournissant du sang, de manière à assurer l'hémostase. Arrivé à la poche on la saisit avec une pince de Museux, on l'ouvre largement par une incision transversale; le sang s'écoule analogue à du chocolat un peu boueux. Si la paroi vaginale est accessible, on fait circulairement passer une série de sutures à la soie, de manière à attirer le vagin aussi près que possible de la vulve. Un grand lavage antiseptique de la cavité de l'hématome, suivi d'un tamponnement à la gaze iodoformée, termine l'opération.

Dans l'*hématomètre*, après dilatation du vagin par des tamponnements successifs de manière à faciliter l'accès de l'utérus, on abaissera, à l'aide de pinces de Museux, le col autant que la prudence le permettra. Muni d'un fin trocart, on cherchera par l'orifice

utérin le chemin le plus direct pour arriver, sans sortir du territoire utérin, jusqu'à l'hématomètre. La voie trouvée, on incisera prudemment, en guidant le bistouri sur le trocart. L'ouverture pratiquée, on glissera jusque dans la cavité utérine un drain en croix, dont le bout viendra pendre dans le vagin. L'évacuation sanguine se fera petit à petit par le canal du caoutchouc; le drain sera retiré après quelques jours. Cette façon de traiter l'hématomètre présente une certaine analogie avec la thérapeutique des abcès profonds du petit bassin.

L'*hématocolpomètre latéral* sera diversement traité suivant qu'il est facilement ou difficilement accessible par le vagin. — *Facilement*, on l'ouvrira par une large incision le faisant communiquer avec le vagin. — *Difficilement*, la laparotomie est préférable, on enlève la tumeur sanguine comme une pyosalpinx.

L'*hématosalpinx* est une fâcheuse complication de l'hématomètre, car avec la minceur de la paroi tubaire, il y a danger de rupture dans le péritoine, soit spontanément, soit à la suite de l'opération, qui a pour but d'établir la perméabilité du canal génital. Dans toute opération de ce genre, de même que dans toute exploration, la possibilité de cette rupture doit hanter l'esprit du gynécologue, qui ne pourrait hésiter à faire la laparotomie dans l'une des deux circonstances suivantes :

Soit symptômes brusques d'hémorrhagie interne, coïncidant avec la disparition de la tumeur constituée par un hématosalpinx.

Soit avec l'anesthésie chloroformique, et alors que les symptômes de l'hémorrhagie interne peuvent au premier abord passer inaperçus, disparition brusque de la tumeur constituée par l'hématosalpinx, sans qu'il y ait écoulement correspondant de liquide sanguin par les voies naturelles.

Dans l'un et l'autre cas, la laparotomie est l'unique chance de salut pour la malade. On lavera le péritoine, et on enlèvera la trompe rompue.

IV

HERMAPHRODISME

Hermaphrodisme vient du grec ἑρμαφροδιτος, personnage de la mythologie qui réunissait les deux sexes et qui était fils d'Ἑρμης, Mercure, et d'Αφροδιτη, Vénus.

L'hermaphrodisme *complet*, c'est-à-dire permettant à un individu de se reproduire seul et par lui-même, comme cela existe par exemple chez les cestoïdes, est inconnu dans l'espèce humaine.

L'hermaphrodisme *vrai*, caractérisé par la présence chez la même personne d'un testicule et d'un ovaire, a été admis par quelques auteurs, et on a pu en réunir dans la science six ou sept cas, mais dont l'observation est incomplète, de telle sorte qu'ils sont discutables. La démonstration de l'hermaphrodisme vrai reste donc encore à faire.

L'hermaphrodisme *apparent* ou *pseudo-hermaphrodisme* est seul prouvé. Il est constitué par une malformation des organes génitaux, telle qu'un examen superficiel, et même un examen attentif peuvent tromper sur le sexe de l'individu. Un homme est pris pour une femme ou réciproquement.

On devine de suite deux catégories d'hermaphrodites (apparents, les seuls qui existent), — les *gynandres :* femme ressemblant à homme ; — les *androgynes :* homme ressemblant à femme.

Un exemple de l'une et l'autre variété nous mettra au courant de la malformation.

a. — GYNANDRIE

Observation de Marie-Madeleine Lefort[1] : « Cet individu, examiné une première fois par Béclard à l'âge de seize ans, succomba en 1866 dans le service de B. Horteloup, à l'Hôtel-Dieu, et le diagnostic du sexe féminin porté par Béclard pendant sa vie fut pleinement vérifié par l'autopsie. Au-dessous d'un clitoris très développé et creusé inférieurement d'un canal urétral déprimé, se trouvait la fente vulvaire : le vagin était remplacé par un étroit conduit de 8 à 10 centimètres, aboutissant à un utérus bien conformé. Les règles apparurent dès l'âge de huit ans, et sortaient par un orifice situé à la racine du clitoris. Marie-Madeleine n'avait du

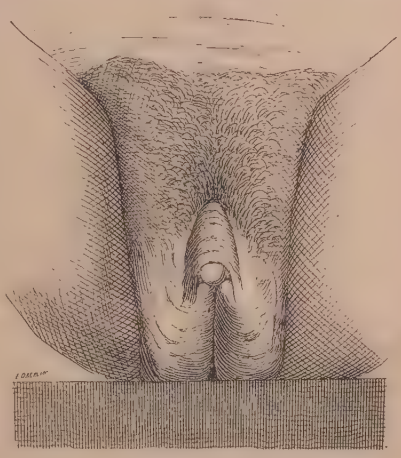


Fig. 124. — Organes génitaux de Madeleine Lefort, vus de face.

[1] *Dict. Jaccoud.* Article *Hermaphrodisme*, page 501, auquel sont également empruntées les figures 124 et 125.

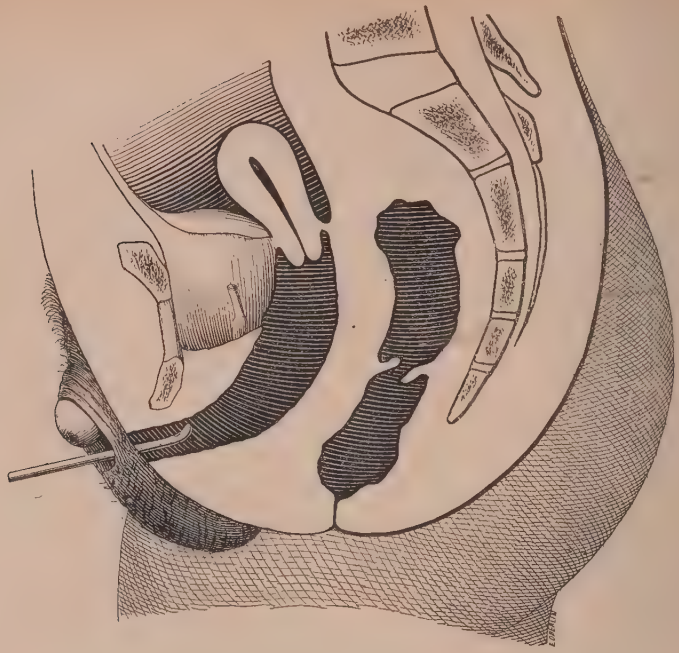


Fig. 125. — Coupe des organes génitaux de Madeleine Lefort.

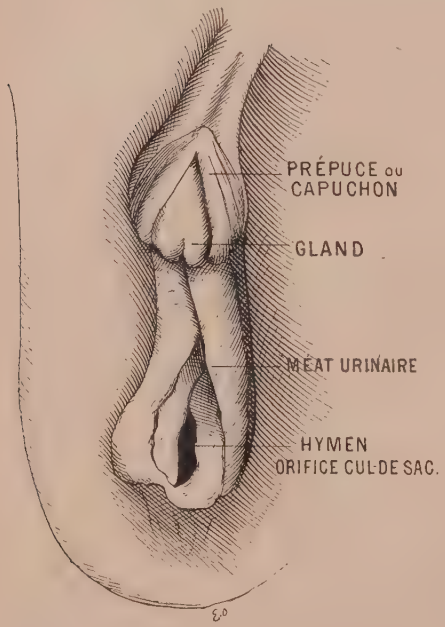


Fig. 126. — Organes génitaux de Julie D. (homme). (Pozzi.)

sexe masculin que les caractères secondaires : volume du larynx, voix forte et timbrée, barbe très développée; l'indifférence sexuelle était presque absolue. »

b. — ANDROGYNIE

Observation de Julie D... (homme).

Julie D...[1], âgée de vingt-quatre ans, stature moyenne, système pileux peu développé, aspect féminin des mamelles. Grandes lèvres dans lesquelles se trouvent des testicules; à droite le testicule descend

[1] Pozzi. *Mémoires de la Société de Biologie*, t. XXXVII, p. 26.

assez bas et la palpation permet facilement de reconnaître un épididyme, à gauche il reste au niveau de l'orifice inguinal externe. Le pénis est un peu moins gros que le médius, et mesure 3 centimètres et demi; il est maintenu inférieurement par la bride habituelle de l'hypospadias; dans l'érection ce pénis, d'aspect clitoridien, double de volume. La vulve présente un hymen complexe en forme de collerette, derrière lequel se trouve un vagin qui admet facilement l'index, et qui à 7 centimètres se termine en cul-de-sac. Pas trace d'utérus. Le sujet est peu intelligent et il est impossible de savoir s'il a des penchants sexuels pour l'homme ou pour la femme.

Julie D..., n'est autre chose qu'un homme hypospade.

Le *diagnostic du sexe* dans l'hermaphrodisme est parfois très difficile à porter. Je ne parle ici que des sujets adultes.

Il ne faudra tenir qu'un faible compte de la conformation générale de l'individu (barbe, voix, formes du corps, développement des seins); on peut en dire autant des appétits sexuels qui, d'ailleurs, sont souvent affaiblis chez l'hermaphrodite.

Le diagnostic devra être basé sur l'examen même de l'appareil génital.

Il est deux organes sur lesquels on dirigera plus particulièrement l'attention :

Les glandes génitales;

L'utérus.

Quand, malgré l'apparence masculine des organes génitaux externes, on trouve un utérus, le sexe ne saurait être douteux, il s'agit d'une femme.

Mais si le vagin est rudimentaire, ou réduit à un simple cordon. qui empêche d'en constater l'existence, on recherchera les glandes génitales, testicules ou ovaires. Si ces glandes sont extérieures, c'est-à-dire peuvent être senties dans les replis cutanés qui existent de chaque côté de la fente génitale et qui sont, suivant le sexe, ou le scrotum ou les grandes lèvres, on conclut plutôt au sexe masculin, sinon au sexe féminin; mais ce ne sont là que de simples présomptions, car avec des glandes non superficielles on peut avoir affaire à un homme cryptorchide, et avec des glandes superficielles, à une femme avec hernie ovarienne dans les grandes lèvres, bien que cette hernie soit très exceptionnellement double.

Souvent dans ces cas douteux, l'autopsie et l'examen microscopique des glandes génitales, qui sont en somme le criterium du sexe, permettront seuls d'établir un diagnostic jusque-là incertain.

V

ÉTATS RUDIMENTAIRES

Vulve, vagin et utérus peuvent se développer d'une façon incomplète; l'*état rudimentaire* d'un de ces organes est parfois gros de conséquence au point de vue physiologique.

a. — VULVE

1° Etat infantile. Vulve en miniature. A vingt ans la vulve a le même développement que chez un enfant de huit à dix ans.

2° Absence de petites lèvres, et parfois du capuchon ;

3° Absence de grandes et petites lèvres, la vulve est plane et se continue insensiblement avec l'orifice vaginal.

b. — VAGIN

1° Trop court, gêne le coït;

2° Trop étroit, entrave l'accouchement.

c. — UTÉRUS

Fig. 127. — Utérus infantile (Schroeder).

Le manque de développement peut atteindre *tout l'utérus* ou le *corps seul*.

Si tout l'utérus est atrophié, l'organe arrive parfois à être tellement réduit qu'il semble manquer ; il n'y a qu'un rudiment de matrice impropre aux fonctions de la génération.

Quand le corps seul est atrophié la configuration générale de l'utérus est assez bien celle qu'on trouve chez l'enfant, où les dimensions du col l'emportent notablement sur celles du corps, d'où la dénomination d'*utérus infantile* (fig. 127).

Dans l'un et l'autre cas, la grossesse est d'ordinaire impossible,

car si la fécondation peut avoir lieu, l'œuf ne trouve pas dans cet utérus rudimentaire les conditions voulues pour s'y greffer et s'y développer; une fonction pour être normale demande un organe normal. Cette cause est fréquente parmi celles de la stérilité.

VI

MALFORMATIONS DIVERSES

a. — ANNEAUX CONGÉNITAUX

Ces anneaux se rencontrent soit au voisinage de l'orifice interne de l'utérus, soit dans le vagin; ils constituent des diaphragmes

Fig. 128. — Brides et anneaux congénitaux.

plus ou moins complets nécessitant parfois l'action du bistouri. Les canaux de Müller après leur fusion subissent une ampliation d'étendue variable suivant la région génitale. Supposons sur leur trajet un anneau inextensible, en ce point se formera un diaphragme. Cette hypothèse peut nous donner une idée sur la pathogénie de

cette malformation, sans toutefois l'expliquer complètement, car l'anneau pathogène est une simple supposition.

b. — BRIDES

Des brides présentant les conformations les plus variées sillonnent parfois le vagin en différents sens. Les unes sont *congénitales*, les autres *acquises* et résultent soit de traumatismes opératoires accidentels ou obstétricaux, soit de l'action de caustiques énergiques.

VII

FISTULES

La fistule est un canal pathologique, tantôt *borgne* et n'ayant par

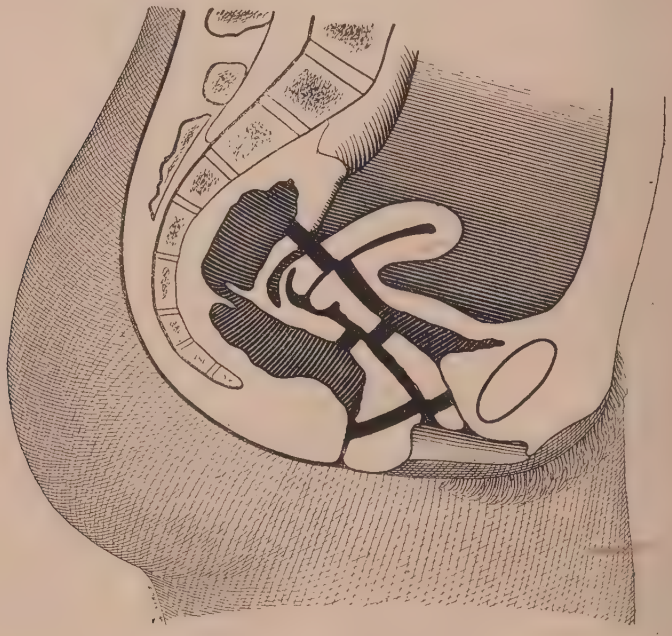


Fig. 129. — Fistules génitales.

conséquent qu'une ouverture ; tantôt complet et faisant communi-

quer deux organes voisins. Je n'ai ici en vue que celles qui aboutissent au canal génital.

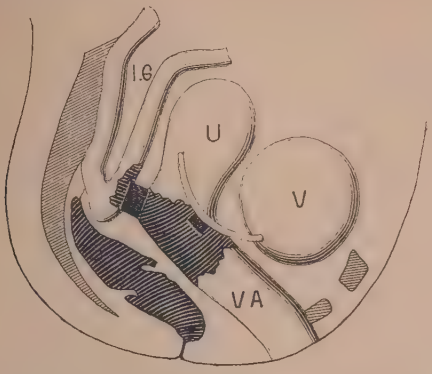


Fig. 130. — Fistules génitales (vagino-intestinales et vagino-urétériennes). IG, intestin grêle. — U, utérus. — V, vessie. — VA, vagin.

Comme l'indiquent les figures 129 et 130 les diverses fistules possibles sont les suivantes :

Fig. 129. *Vagino.* { Vésicales ou urétrales. / Rectales ou anales.
Fig. 129. *Utéro.* { Vésicales. / Rectales.
Fig. 130. *Vagino.* { Urétérales / Entériques } très rares.

Si la communication existe entre l'intestin et le canal génital, gaz et matières fécales s'échappent par le vagin et la vulve.

Si la fistule est urinaire, c'est l'urine qui s'écoule par la même voie. L'écoulement a lieu goutte à goutte et continuellement quand l'ouverture existe au niveau de l'uretère et de la vessie, au moment de la miction seulement quand la fistule est urétrale.

Au toucher vaginal, on peut sentir le plus souvent l'orifice fistulaire à moins qu'il ne siège dans l'utérus même.

Au spéculum, il est également possible de le trouver en injectant soit dans les voies urinaires, soit dans le rectum suivant les cas, un liquide coloré, du lait par exemple, qui reviendra par l'orifice vaginal ; un cathéter pourra également suivre le trajet du liquide injecté. Exception pour les fistules de l'uretère et du petit intestin.

Parfois l'examen au doigt et au spéculum est rendu très difficile par les cicatrices du canal vaginal et par l'inflammation chronique, qui envahit le pourtour de l'orifice fistulaire.

Quelques fistules sont *congénitales* (il en a été précédemment question), la plupart sont *acquises;* ces dernières sont seules en question ici.

Les différentes causes capables de les produire sont :

1° *Le cancer;* ces fistules constituent une classe à part, car elles sont incurables; elles ne forment qu'un épisode dans la marche envahissante du néoplasme. On pourrait en dire autant de celles qui succèdent aux *ulcérations tuberculeuses*, mais dont l'existence est relativement rare.

2° L'*accouchement* est ici la source étiologique par excellence. La partie fœtale, séjournant trop longtemps dans le vagin amène par compression la formation d'une escarre, qui en se détachant crée la fistule. L'écoulement par le vagin, d'urine, de gaz et matières fécales, six à huit jours après l'accouchement, c'est-à-dire au moment de la chute de l'escarre en est le signe révélateur. Le traumatisme produit par une intervention obstétricale peut également créer des communications anormales, mais qui contrairement aux précédentes ont une tendance spontanée vers la guérison.

3° La blessure produite par une *opération chirurgicale.*

4° L'ulcération résultant de la présence dans la vessie d'un *calcul*, qui se fraie une voie jusque dans le vagin.

5° Enfin, les *phlegmons* qui, par la suppuration dont ils sont la source, créent des communications variables et souvent capricieuses.

A part quelques fistules d'origine traumatique qui guérissent spontanément, la règle est qu'elles nécessitent une intervention chirurgicale ; l'opération varie avec la fistule.

a. — FISTULE VÉSICO-VAGINALE (la plus commune).

Pour opérer avec le maximum de chances de réussite une fistule vésico-vaginale, il faut :

Dilater largement le vagin de manière à rendre facile l'accès de la fistule.

Faire un avivement étendu, sans intéresser un uretère.

Affronter très exactement les surfaces avivées.

L'opération comprend : les soins préliminaires — l'avivement — le placement des sutures — les soins consécutifs.

Soins préliminaires. — Dilater pendant quelques jours le vagin avec un pessaire Gariel, de manière à assouplir les cicatrices et à élargir le canal vaginal. Faire simultanément des injections vaginales et vésicales avec une solution boriquée pour préparer l'asepsie de ces régions.

Avivement. — La patiente étant anesthésiée, on la placera suivant le cas, soit en position vulvaire, soit en position latérale. — L'attitude génupectorale est généralement abandonnée, comme étant trop

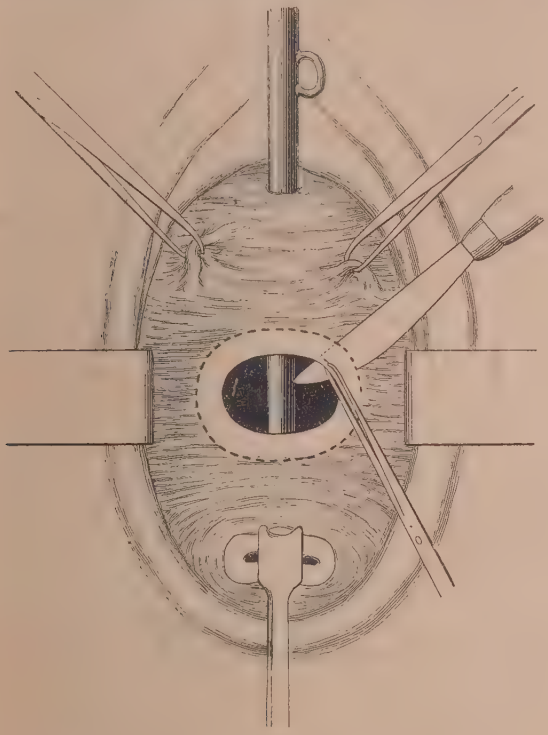


Fig. 131. — Avivement des bords de la fistule.

incommode pour la patiente et l'anesthésie. — L'orifice vulvaire est largement ouvert à l'aide d'écarteurs ; à l'aide de trois ou quatre pinces de Museux on fixe la paroi vaginale à une certaine distance de l'ouverture fistuleuse, pinces qui sont maintenues par les aides. On introduit un cathéter dans la vessie à travers l'urètre, pour servir de point de repère profond. Avec une pince à griffes on saisit le

bord de l'ouverture, et à l'aide d'un bistouri ordinaire ou coudé, comme on en fait spécialement pour cette opération, on avive le bord fistuleux, en respectant, si possible, la muqueuse vésicale, car incisée elle fournit beaucoup de sang. L'avivement terminé et complété au besoin avec des ciseaux coudés, également spéciaux pour cette opération, on procède aux sutures.

Sutures. — Les sutures seront placées dans le sens antéro-postérieur (fig. 132) ou transversal, suivant qu'on prévoit l'affrontement plus facile dans l'une ou l'autre direction. Elles peuvent être faites au fil d'argent, au crin de Florence ; on préfère en général la *soie*. Les sutures seront passées à l'aide de petites aiguilles courbes, maintenues par un porte-aiguille ordinaire, piquées à un centimètre du bord avivé

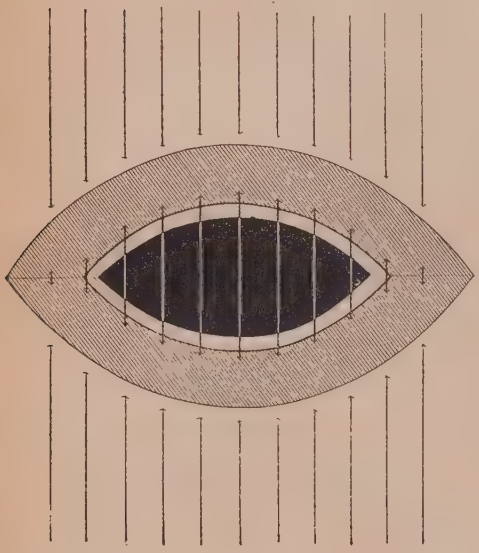


Fig. 132. — Placement des sutures.

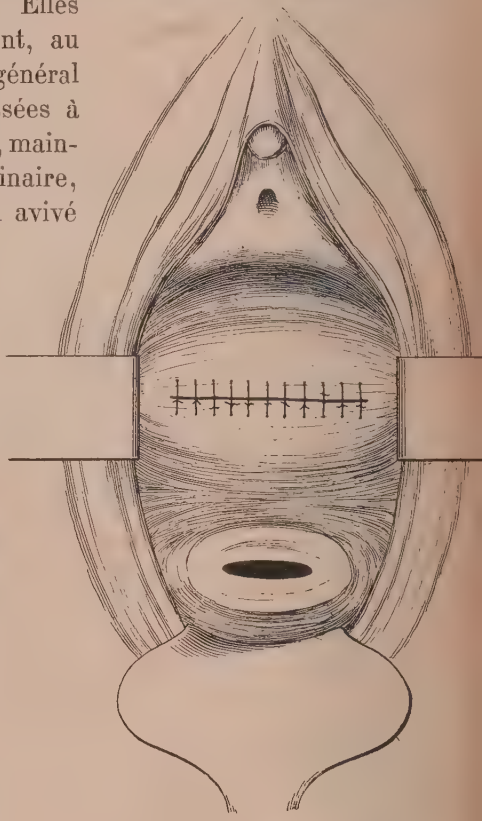


Fig. 133. — Sutures serrées.

et sortant au-dessus de la muqueuse vésicale qu'il faut autant que possible respecter; on placera un point de suture tous les demi-centimètres. Quand toutes les sutures sont placées, on les lie en les serrant modérément, afin de ne pas étrangler les tissus. Il est bon de

pratiquer alors l'injection dans la vessie d'un liquide coloré, afin de voir si l'occlusion est bien complète ; si elle ne l'était pas, on placerait des sutures complémentaires.

Soins consécutifs. — Tamponnement vaginal à la gaze iodoformée

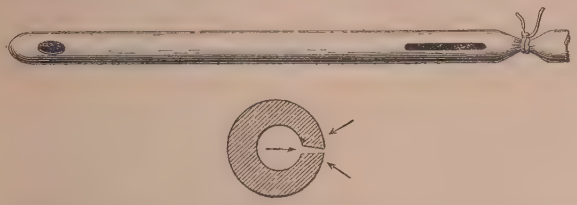


Fig. 134. — Sonde ordinaire ; le caoutchouc formant soupape.

qui sera laissé deux ou trois jours en place. — Dans la vessie on fixe

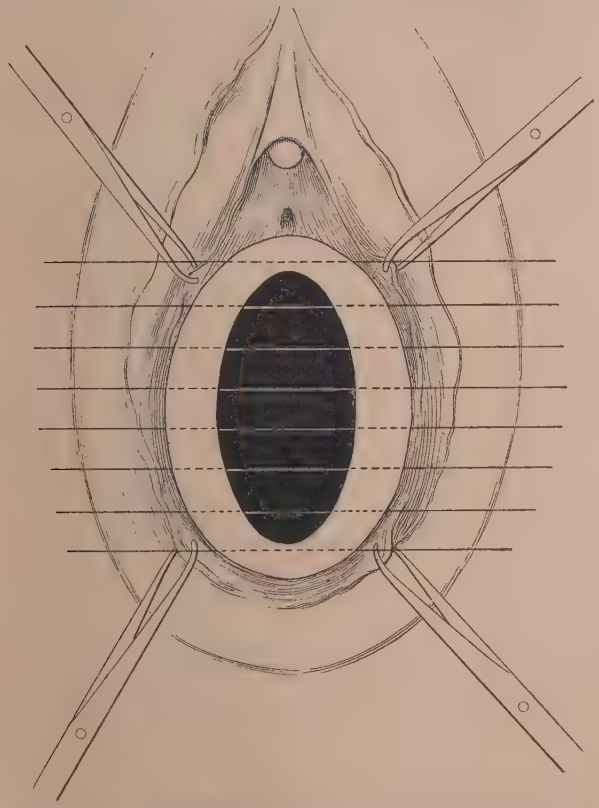


Fig. 135. — Oblitération du vagin ; sutures transversales.

à demeure une sonde en gomme, terminée extérieurement par une

soupape qui permette la sortie graduelle de l'urine, sans donner accès de l'extérieur à l'intérieur. — Pour cela, il suffit de prendre une sonde ordinaire qu'on lie à son extrémité, et sur laquelle on fait avec un bistouri une petite ouverture longitudinale en amont de la ligature, la soupape se trouve ainsi créée (fig. 134). La sonde sera enlevée après huit jours ; on fera pendant huit autres jours le cathétérisme quatre fois par jour. — Ablation des fils au bout de quinze jours.

Dans les cas où l'opération précédente, même après plusieurs tentatives, ne peut aboutir à l'occlusion de la fistule, on sera autorisé à proposer et à pratiquer l'*oblitération du vagin*.

Cette oblitération ne sera qu'un pis-aller, car si la femme est encore réglée le sang mensuel devra s'échapper par l'urètre, et produira une irritation variable des tissus profonds. — Parfois l'urine accumulée dans le vagin forme à ce niveau des calculs phosphatiques, source de douleurs plus ou moins vives. De telle sorte que certains opérateurs ont été obligés de rouvrir des vagins, dont ils avaient pratiqué l'occlusion.

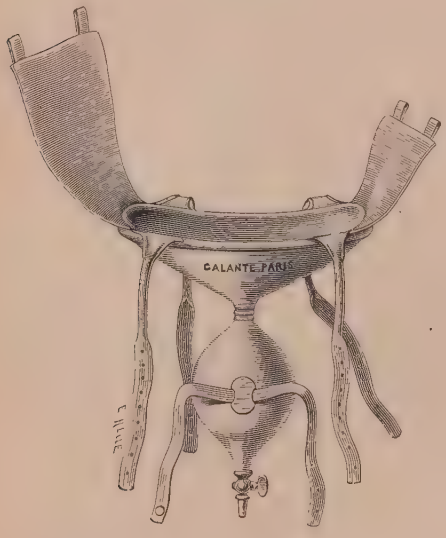


Fig. 136. — Réservoir en caoutchouc pour l'incontinence d'urine.

Cependant si la femme, dégoûtée de son infirmité, veut tenter les chances de cette opération, le chirurgien ne saurait la lui refuser.

Le vagin avivé circulairement au niveau de l'orifice vulvo-vaginal ainsi que l'indique la figure 135, sera fermé par une série de sutures transversales à la soie.

Dans les cas où l'oblitération du vagin n'est pas tentée, on pourra comme palliatif faire porter à la femme un réservoir en caoutchouc destiné à recevoir l'urine au fur et à mesure de son écoulement (fig. 136).

b. — FISTULE VAGINO-RECTALE

Soins préliminaires. — On purgera énergiquement la malade l'avant-veille de l'opération, et on lui donnera la veille et les six jours consécutifs à l'opération une pilule d'extrait thébaïque de 0,05, de manière à produire la constipation. Dilatation préalable du vagin avec le pessaire Gariel. Lavages antiseptiques.

Avivement. — L'avivement sera fait par dédoublement de la paroi

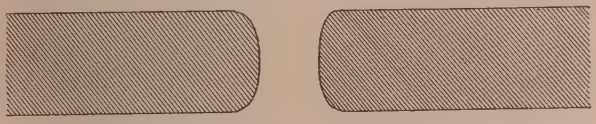


Fig. 137. — Paroi de la fistule avant l'avivement.

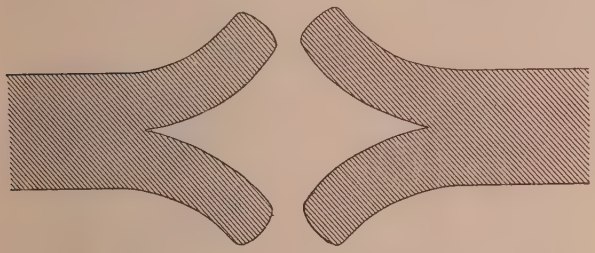


Fig. 138. — Avivement par dédoublement à l'aide du bistouri.

recto-vaginale, ainsi que l'indique la figure 138. On dédoublera ainsi dans l'épaisseur de un centimètre à un centimètre et demi.

Sutures. — Chacune des surfaces avivées est réunie à celle du côté

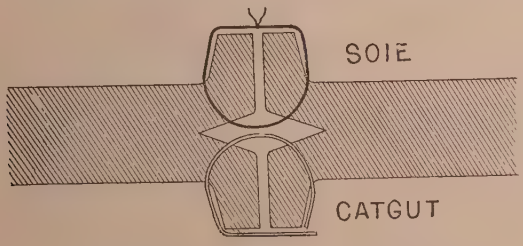


Fig. 139. — Sutures vues de face.
Soie du côté du vagin et catgut du côté du rectum.

opposé : paroi rectale avec paroi rectale, paroi vaginale avec paroi vaginale (fig. 139).

La suture de la paroi rectale est faite au catgut sous forme de su-

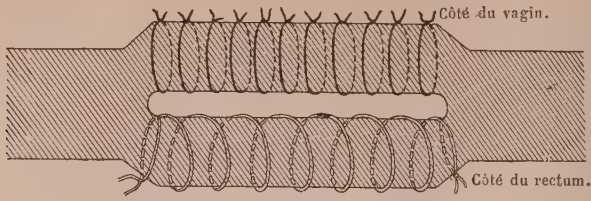


Fig. 140. — Sutures vues de profil.

ture continue. Elle tombera d'elle-même après la réunion des tissus du sixième au huitième jour.

La suture de la paroi vaginale est faite à points interrompus avec la soie.

Soins consécutifs. — Tamponnement vaginal à la gaze iodoformée. à laisser deux jours en place. — Ablation des fils de soie au bout de quinze jours.

c. — FISTULE URÉTRO-VAGINALE

La fistule urétro-vaginale sera opérée d'une façon analogue à la vésico-vaginale.

d. — FISTULE VAGINO-ANALE

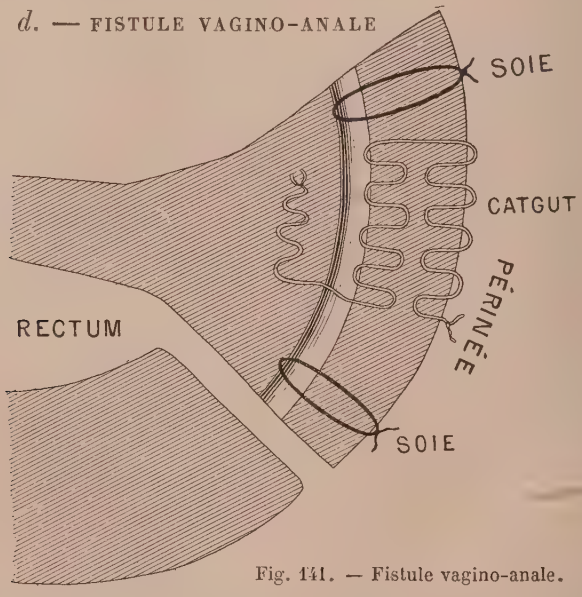


Fig. 141. — Fistule vagino-anale.

Le trajet fistuleux est tout voisin du périnée, puisqu'il fait communiquer l'anus avec le vagin.

Le procédé opératoire le plus simple consiste à pratiquer une périnéorraphie d'après la méthode de Lawson-Tait. Pour cela on fait une incision en U avec le bistouri ou les ciseaux, dans la partie la plus déclive et à deux centimètres environ au-dessous de la fourchette ; — on place deux ligatures de soie fermant supérieurement et inférieurement le trajet fistuleux de manière à l'obturer supérieurement et inférieurement ; — on ferme la plaie d'avivement à l'aide d'une suture continue au catgut en trois ou quatre étages. Les fils de soie sont laissés en place quinze jours.

e. — FISTULE VÉSICO-UTÉRINE

En cas de fistule vésico-utérine (fig. 142), on fera soit l'avivement

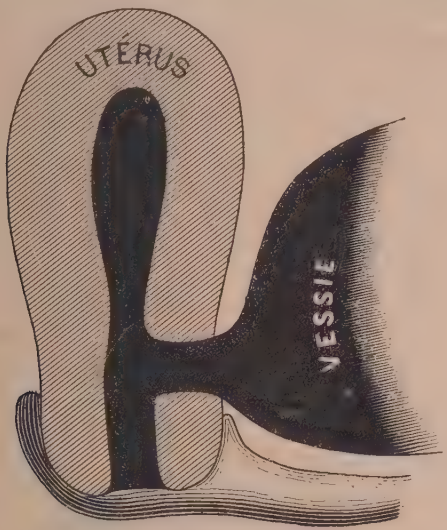


Fig. 142. — Fistule vésico-utérine.

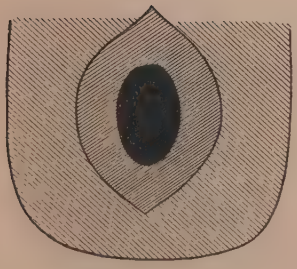


Fig. 143. — Avivement de la fistule vésico-utérine, fait du côté de la cavité cervicale.

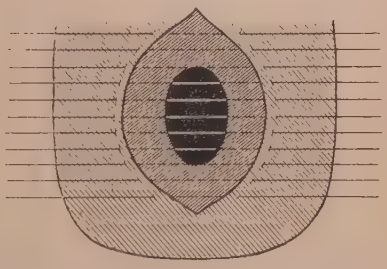


Fig. 144. — Sutures transversales à lier du côté de la cavité cervicale.

du pourtour de la fistule après dilatation suffisante du canal cer-

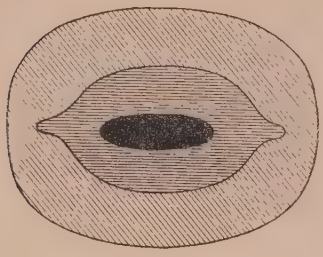


Fig. 145. — Avivement du pourtour de l'orifice externe de l'utérus.

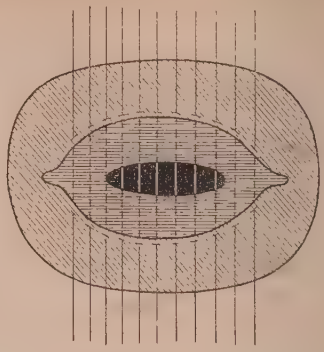


Fig. 146. — Sutures antéro-postérieures.

vical à la laminaire et à la gaze iodoformée et suture de la surface

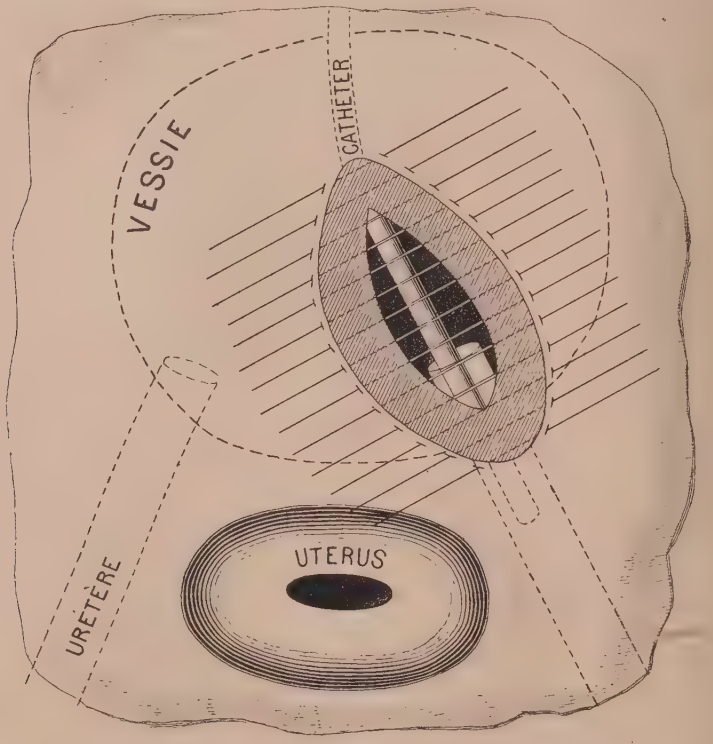


Fig. 147. — Opération de la fistule uretéro-vaginale (Landau).

avivée, à la soie (fig. 143-144) — soit l'oblitération de l'utérus au

niveau de l'orifice externe (fig. 145-146) opération analogue dans son genre à l'oblitération de l'orifice vulvo-vaginal, en cas de fistule vésico-vaginale.

f. — FISTULE RECTO-UTÉRINE

Même opération que pour la vésico-utérine.

g. — FISTULE URETÉRO-VAGINALE

Cette fistule sera opérée d'après le procédé de Landau (fig. 147) : passage par l'urètre et la vessie d'un cathéter spécial jusque dans l'uretère intéressé; l'opération n'est possible qu'à cette condition. — Avivement comme dans une fistule vésico-vaginale, en ayant soin de ne pas blesser l'uretère. — Sutures passant au-dessous de l'uretère qu'elles doivent respecter.

h. — FISTULE ENTÉRO-VAGINALE

La guérison de ces fistules pourra être obtenue soit par avivement et sutures directes, soit par laparotomie destinée à détacher l'anse ouverte et à en obturer l'orifice (?), soit par l'occlusion du vagin après avoir fait communiquer la partie profonde du vagin avec le rectum, de manière à créer derrière l'occlusion une fistule entéro-vagino-rectale.

CHAPITRE IV

VULVE ET VAGIN

SOMMAIRE

1° *Anatomie et physiologie.*

Premier plan : Mont de Vénus. — Grandes lèvres. — Périnée.

Deuxième plan : Capuchon. — Clitoris. — Petites lèvres. — Fourchette.

Troisième plan : Vestibule. — Méat et tubercule. — Vagin. — Hymen.

2° *Inflammations.*

a. Inflammations deutéropathiques.

b. Inflammations protopathiques.

3° *Eruptions et ulcérations.*

a. Contagieuses.

b. Non contagieuses.

4° *Tumeurs.*

a. Gazeuses.

b. Liquides.

c. Solides.

5° *Traumatismes.*

Variétés.

Résultats et inconvénients.

Traitement. *Périnéorraphie.*

6° *Parasites. Névralgies. Prurit.*

VULVE ET VAGIN

I

ANATOMIE — PHYSIOLOGIE

La vulve constitue l'entrée des organes génitaux féminins; elle est en quelque sorte leur devanture.

Trois plans successifs la composent :

Premier plan : *Mont de Vénus. Grandes lèvres. Périnée.* — Les grandes lèvres forment deux replis verticaux, qui se recourbent supérieurement pour se confondre avec le pénil ou mont de Vénus, et viennent en bas par une courbe analogue expirer sur le périnée. C'est pour ainsi dire le même repli cutané, qui dessine un ovale dont la grosse extrémité est le pénil, la petite le périnée et les côtés les grandes lèvres. Au centre de cet ovale se trouvent les autres organes vulvaires, dont il va être ultérieurement question. Ce repli cutané présente deux versants : l'un excentrique, qui latéralement regarde les cuisses, en haut l'abdomen, c'est le versant fémoro-abdominal ; l'autre concentrique, vaginal. Je ne parle pas du périnée où le collier cutané s'aplatit et semble disparaître. Le versant fémoro-abdominal est couvert de poils ; le versant vaginal au contraire est glabre, lisse, normalement humide, souvent en contact avec celui du côté opposé, de telle sorte que les deux grandes lèvres, par leur accolement, cachent à la vue les autres organes vulvaires, comme deux rideaux amenés au contact l'un de l'autre. Ce contact, qui n'est pas constant, est détruit par l'écartement des cuisses ; les grandes lèvres s'entr'ouvent alors, et laissent apercevoir le second plan, dont voici le détail :

Second plan : *Capuchon et clitoris. Petites lèvres. Fourchette.* — Les deux petites lèvres ou nymphes sont deux replis cutanés analogues et parallèles aux grandes lèvres, mais beaucoup plus minces qu'elles. Verticalement placées le long de l'orifice vaginal, dont elles sont comme les satellites, elles se divisent supérieurement pour enfermer dans leur dédoublement le clitoris. Des deux replis que forme ce dédoublement, l'un est large et abrite le clitoris, c'est

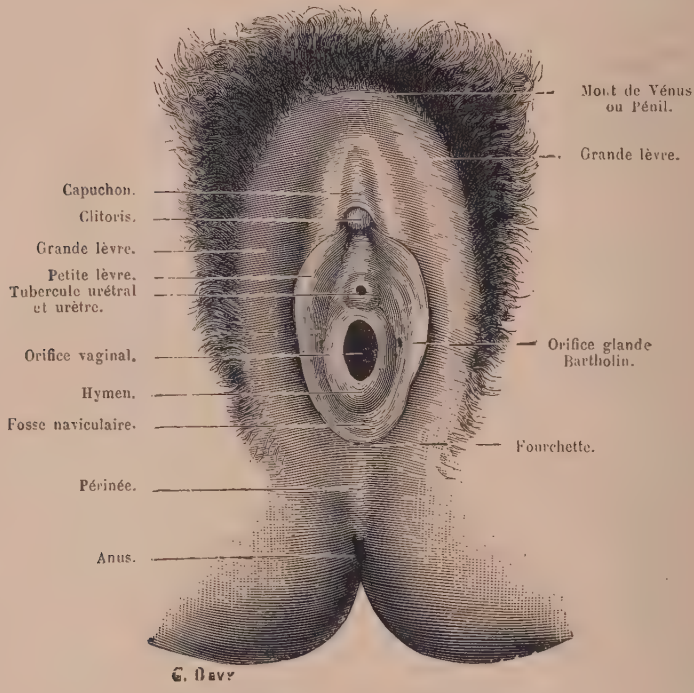


Fig. 148. — Vulve vierge.

le *capuchon*, l'autre est mince, effilé, vient se perdre à la partie inférieure de cet organe érectile pour constituer le *frein* du clitoris. Inférieurement les petites lèvres s'amincissent, diminuent d'ampleur et se réunissent au niveau d'un petit repli transversal appelé *fourchette* ou commissure antérieure du périnée. La fourchette n'est donc autre chose que le trait d'union inférieur des petites lèvres, de même que le périnée était dans cette région celui des grandes lèvres. Ainsi considéré, le second plan vulvaire, comme le premier, forme un cercle continu, constitué par le capuchon et clitoris en haut, les petites lèvres latéralement, la fourchette en bas. Les petites lèvres

avec leurs réunions supérieure et inférieure, figurent de même que les grandes une sorte d'ovale, de collier, concentrique par rapport au précédent, et par conséquent plus petit que lui.

Les petites lèvres sont séparées des grandes par un sillon assez profond, qui vient supérieurement contourner le capuchon et qui inférieurement disparaît au voisinage de la fourchette. A la face interne des petites lèvres on voit un sillon semblable, qui, parti du frein clitoridien, suit la base des nymphes, et les sépare inféro-latéralement de l'entrée du vagin ou de l'hymen quand il existe. Excentriquement par rapport à ce sillon se trouve le second plan vulvaire que nous venons de passer en revue et concentriquement le troisième plan, dont il va être question.

Troisième plan : *Vestibule. Méat urinaire et son tubercule. Vagin et hymen.* — Dans l'espace circonscrit par le sillon précédemment décrit, à la base du versant interne des petites lèvres, on trouve une surface elliptique qu'on peut diviser en deux parties approximativement égales, par une ligne transversale. La surface placée au-dessus de cette ligne est occupée par le *vestibule*, et celle qui est située au-dessous par l'*orifice vaginal*. L'étage supérieur ou vestibulaire présente une saillie ou tubercule urétral avec le méat urinaire, terminaison de l'urètre. L'étage inférieur ou vaginal est occupé par l'orifice vaginal, qui vient, en ce point, s'ouvrir au dehors, plus ou moins protégé et recouvert par l'hymen ou les caroncules qui en représentent les débris.

En décrivant la fourchette périnéale, j'ai volontairement omis de par-

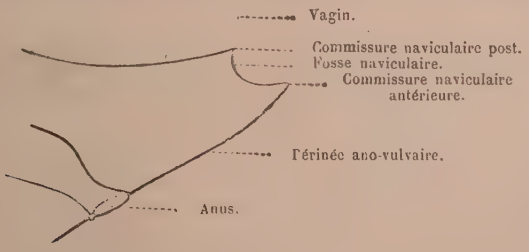


Fig. 149. — Profil périnéo-vulvaire.

ler de la *fosse naviculaire*. On appelle ainsi une petite dépression située entre la fourchette et l'hymen ou ses débris et bordée par les deux commissures naviculaires antérieure et postérieure (fig. 149).

La vulve est séparée du vagin par l'*hymen* qui peut, alors qu'il est intact, présenter des conformations variables dont les figures ci-dessous rappellent les principaux types.

Fig. 150.
Hymen en croissant.

Fig. 151.
Hymen en diaphragme étroit.

Fig. 152.
Hymen en diaphragme large.

Fig. 153.
Hymen fendu.

Fig. 154.
Hymen frangé.

Fig. 155.
Hymen à double fente.

Fig. 156.
Hymen à double orifice.

Fig. 157.
Hymen en crible.

L'hymen est en général rompu au premier coït, rupture qui constitue la défloration. La résistance de l'hymen à la pénétration pénienne est très différente suivant les sujets.

D'habitude la membrane se déchire à deux ou trois endroits, causant une douleur assez vive mais courte et fournissant une légère quantité de sang.

Parfois l'hémorrhagie est assez abondante pour inspirer de l'inquiétude, et de loin en loin un médecin est appelé à pratiquer l'hémostase à la suite d'un premier traumatisme conjugal. Fuchsman a même cité le cas d'une hémophile qui succomba la nuit de son mariage d'une hémorrhagie hyménéale, qui ne fut pas conjurée à temps.

A côté de ces hymens *hémorrhagiques*, il en est de trop *complaisants*, qui permettent l'accouplement sans difficulté et sans trace de sang, de telle sorte qu'un mari soupçonneux peut mettre en doute la virginité de sa femme, bien qu'elle soit réelle.

Enfin, il est des hymens *récalcitrants*, de consistance fibreuse, infranchissables et devant lesquels le mari reste penaud, obligé de réclamer le secours de la chirurgie. J'en ai opéré dernièrement un dans ces conditions ; après douze ans de mariage, la femme était vierge, et l'époux avait accepté jusque-là cette virginité sans récriminer.

La déchirure de l'hymen après le coït donne naissance aux *caroncules hyménéales*, et après l'accouchement aux *caroncules myrtiformes*.

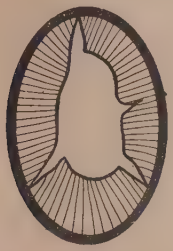


Fig. 158. — Caroncules hyménéales.

Fig. 159. — Caroncules myrtiformes.

Avec les caroncules hyménéales, on peut en rapprochant les lambeaux reconstituer l'hymen, ce qui est impossible avec les caroncules myrtiformes, véritables nodosités éparpillées sur le pourtour de l'orifice vulvo-vaginal.

La présence de caroncules hyménéales indique la défloration ou la pénétration dans le vagin d'un corps assez gros pour produire ces déchirures ; celle de caroncules myrtiformes révèle un accouchement antérieur. Un œil exercé ne se trompera guère à ce diagnostic.

L'hymen peut être imperforé ainsi que cela a été vu au chapitre *Malformations*.

Au point de vue de la structure, la vulve est constituée par des replis cutanés ; la peau prend le caractère de la muqueuse au sommet des grandes lèvres, elle perd en effet à ce niveau sa couche d'épithélium corné, et ne renferme plus que des glandes en grappes, qui répandues à toute la surface muqueuse deviennent fréquemment la source de folliculite ou d'acné.

Ces glandes folliculaires sont particulièrement nombreuses au pourtour du méat urinaire, où elles deviennent un foyer profond de blennorrhagie, une sorte de repaire où se réfugient les gonocoques, sources de contagions inattendues.

Outre ces glandes folliculaires, la vulve possède deux glandes importantes, dont l'orifice est situé de chaque côté de l'orifice vulvo-vaginal au voisinage de l'hymen. Ces glandes en grappe assez volumineuses sécrètent activement au moment du coït, lubrifiant ainsi

l'entrée vulvaire. Elles s'enflamment souvent sous l'influence de la blennorrhagie et deviennent la source d'adénophlegmons, presque toujours unilatéraux, une seule glande étant prise à la fois.

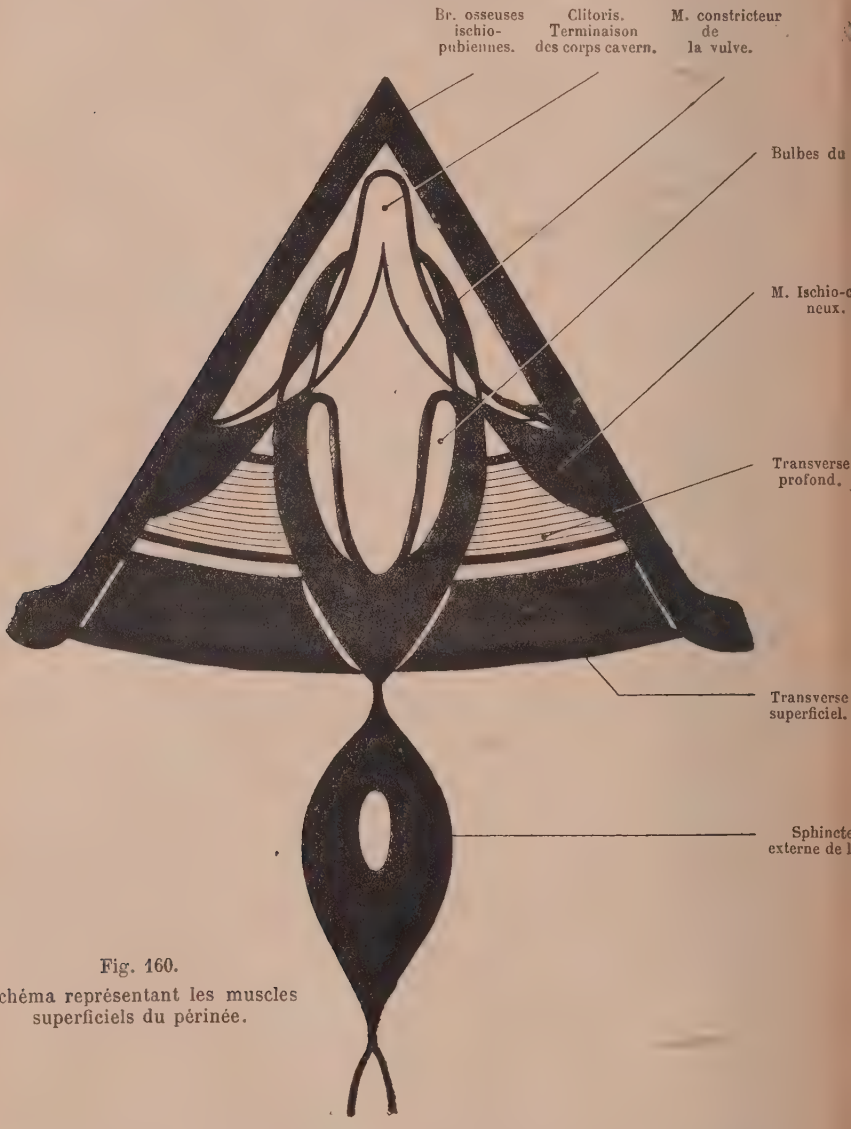


Fig. 160.
Schéma représentant les muscles superficiels du périnée.

Les replis de la vulve, doublés de tissu cellulaire reposent sur un plan musculaire constitué par le constricteur de la vulve, les transverses superficiel et profond, l'ischio-caverneux (fig. 160).

Sur une coupe antéro-postérieure ces divers muscles sont superposés comme l'indique la figure 161.

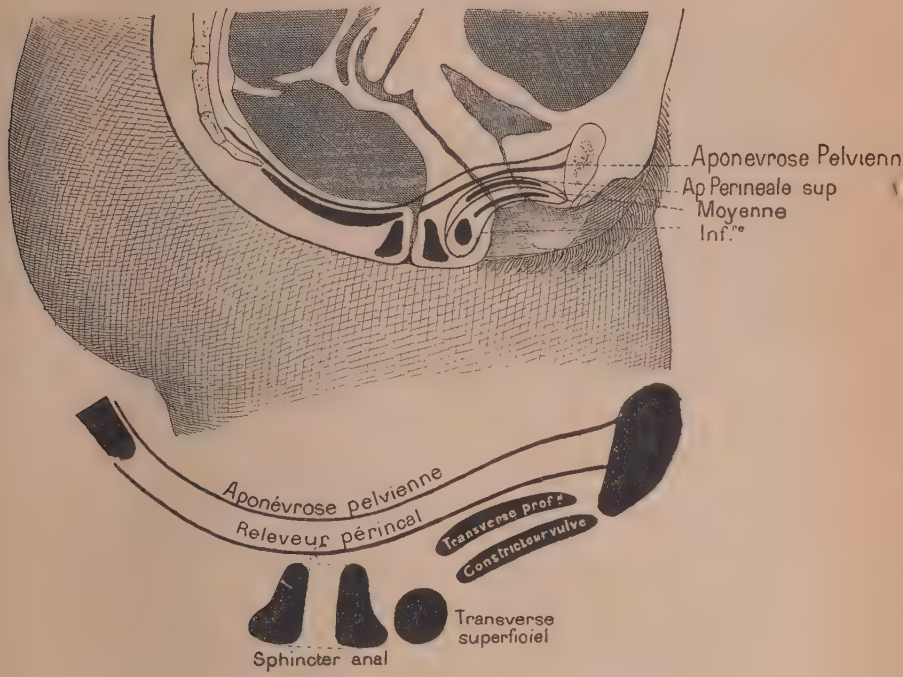


Fig. 161. — Coupe antéro-postérieure des aponévroses et muscles périnéaux.

La vulve est mise en communication avec l'utérus par le vagin, conduit musculo-membraneux de forme cylindrique, dont la longueur est de 10 centimètres environ jusqu'au niveau de l'orifice utérin; la paroi antérieure est plus courte que la postérieure.

Vu de profil il présente une courbure sigmoïde (fig. 162).

A la coupe il rappelle la lettre H (fig. 163).

Le vagin sépare les voies urinaires (vessie et urètre) placées en avant de lui, du rectum qui le côtoie postérieurement.

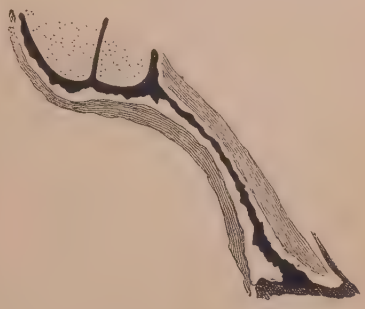


Fig. 162.
Courbe sigmoïde du vagin (Skene).

Son calibre est, grâce à son élasticité, à peu près le même partout;

le fœtus en effet au moment de l'accouchement le traverse sans effraction. Cependant tandis que la partie superficielle ou vulvaire est bordée de muscles qui en diminuent le calibre (constricteur vulvaire et releveur de l'anus), profondément il est laissé libre par les organes voisins qui rendent son ampliation bien plus facile. Aussi mettons la femme dans la position génupectorale, donnons libre accès à l'air dans le vagin en ouvrant avec les doigts ou un spéculum l'orifice vulvo-vaginal, et nous verrons la partie profonde devenir spacieuse, tandis que la superficielle reste relativement étroite; la forme générale est alors celle d'une gourde dont le goulot serait la vulve.

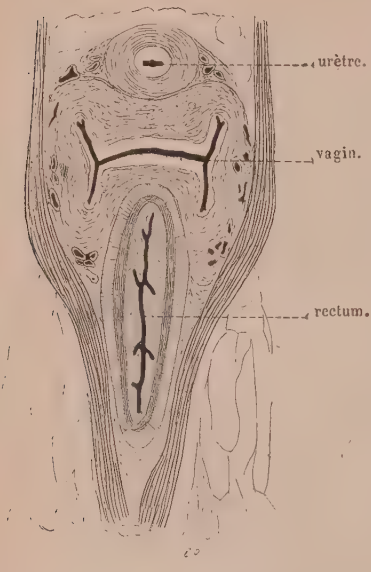


Fig. 163. — Coupe transversale de l'urètre du vagin et du rectum (Hart et Barbour).

Dans la vieillesse le fond du vagin se rétrécit de telle sorte que le doigt a parfois de la peine à arriver jusqu'au col utérin. Chez certaines femmes cette sténose va s'accentuant avec l'âge à partir de la ménopause, de telle sorte qu'un doigt exercé pourrait en quelque sorte deviner l'âge de la malade par l'exploration vaginale.

En résumé, dans la jeunesse entrée vaginale étroite. A l'âge adulte, après le premier accouchement entrée extensible, et profondeur large. Dans la vieillesse l'entrée reste large mais la profondeur se rétrécit.

Ce rétrécissement du fond du vagin est en quelque sorte le signal du repos génital ; ce conduit devenu inutile s'atrophie, c'est la fermeture des organes génitaux. Cette sténose peut devenir très gênante pour l'opérateur quand il s'agit, par exemple, de pratiquer un hystérectomie par la voie vaginale.

Dans la position verticale ou horizonto-dorsale de la femme la pression est positive dans le vagin, grâce à l'action exercée par les organes abdominaux, mais dans la position génupectorale ou latérale de Sims elle devient négative, et si les sphincters vaginaux (constricteur du vagin et releveur de l'anus) sont insuffisants, l'air

pénètre, distendant et ouvrant tout le vagin. Cet air est chassé quand la femme se remet debout, produisant un bruit désigné sous le nom de *garrulitas vulvæ*, sorte d'*éructation vaginale*, qui incommode certaines femmes dont l'orifice vulvaire a été déchiré; la colpopérinéorraphie est le meilleur remède à cette infirmité.

Le vagin examiné au spéculum présente sur la ligne médiane en avant et en arrière une *colonne rugueuse* (colonnes antérieure et postérieure du vagin), de laquelle partent transversalement des *plis*, qui se terminent insensiblement sur les parois latérales où ils forment parfois avant de disparaître un petit tubercule. Ces plis ne s'effacent pas quand on exerce des tractions antéro-postérieures. ils ne sauraient donc servir à l'ampliation du vagin; leur rôle est essentiellement copulateur, ils agrémentent le coït en multipliant les frottements.

La structure du vagin comprend trois couches:

Une *externe*, cellulo-fibreuse;

Une *moyenne*, musculaire lisse : fibres externes longitudinales, se continuant en bas sur la branche ischio-pubienne, et en haut avec les fibres utérines : fibres internes à disposition plexiforme.

Une *interne* muqueuse, de couleur gris rosé, contenant de nombreuses papilles et recouverte d'un épithélium pavimenteux stratifié. Pas le moindre vestige de glandes, malgré les nombreuses recherches, qui ont été faites pour les découvrir afin d'expliquer la pathogénie encore obscure des kystes du vagin.

L'absorption du vagin est à peu près nulle, bien différente en cela de celle du rectum; aussi les suppositoires vaginaux n'ont-ils qu'une action locale.

Pour les autres détails anatomiques et physiologiques je renvoie aux traités spéciaux d'anatomie et de physiologie, me contentant de rappeler ici les points nécessaires à connaître, pour comprendre l'exposé pathologique qui va suivre.

II

INFLAMMATIONS

SOMMAIRE

Inflammations.
a. Deutéropathiques.
1. Ulcéreuse.
2. Gangréneuse.
3. Diphtérique.
4. Dysentérique.
5. Gravidique.
6. Sénile.
b. Protopathiques.
1. Traumatiques.
Corps étranger. Saleté.
Masturbation.
2. Septicémiques.
Puerpuéralité.
Sans puerpéralité. Érysipèle. Phlegmon.
3. Blennorrhagiques.
Avec toutes ses localisations.

Les inflammations de la vulve et du vagin peuvent être divisées en deux classes, dont l'aspect clinique et par là même le diagnostic sont différents.

Les unes en effet sont secondaires à une autre maladie, et n'en constituent qu'un épiphénomène, de telle sorte qu'étant donnée la connaissance de l'affection causale, on devine d'avance la forme de localisation inflammatoire existant aux organes génitaux. (Vulvo-vaginites *deutéropathiques*).

Les autres, tout en ayant une cause qu'on peut le plus souvent déterminer avec précision, constituent l'état pathologique primitif et principal; l'examen local fournit seul les éléments du diagnostic (vulvo-vaginites *protopathiques*).

a. — INFLAMMATIONS DEUTÉROPATHIQUES

1° Vulvo-vaginite, ulcéreuse, aphteuse (Parrot), diphtéroïdique. (voir pl. I, fig. 1). — La forme seule de la maladie est diphtérique, mais non l'essence. Cette affection est spéciale à l'enfance, où elle

PLANCHE I

Fig. 1. — Vulvite aphteuse.

(Parrot : Musée de l'hôpital Saint-Louis.)

Fig. 2. — Gangrène de la vulve, suite de rougeole chez une enfant de cinq ans et demi.

(Péan : Musée de l'hôpital Saint-Louis.)

se manifeste surtout de deux à cinq ans, presque toujours à la suite de la rougeole, quelquefois après l'érysipèle, la varicelle, la coqueluche, la pneumonie. Elle est caractérisée par l'apparition sur la vulve de petites plaques arrondies, blanchâtres, se transformant bientôt en ulcérations, pouvant devenir gangréneuses, ce qui avait fait à tort confondre cette affection avec la gangrène de la vulve, dont elle est distincte. Le vagin est respecté par le processus pathologique. Quand la forme est grave, il y a de la fièvre, et la maladie peut se terminer assez rapidement par la mort. Cette maladie est *probablement* contagieuse.

Le pansement consiste en applications locales fréquentes d'une poudre antiseptique : salol ou iodoforme.

2° Vulvo-vaginite gangréneuse. Noma pudendi. Gangrène de la vulve (voir pl. I, fig. 2). — La vulvo-vaginite gangréneuse présente comme étiologie et comme allures générales une grande analogie avec la précédente, à tel point que quelques auteurs les ont décrites ensemble, mais tandis que la gangrène est l'élément accessoire de la vulvo-vaginite ulcéreuse, ici elle constitue l'élément primordial. On peut l'observer après toute maladie infectieuse, mais surtout après la rougeole et la fièvre typhoïde. Elle commence par de la fièvre, des douleurs localisées brûlantes ; il y a bientôt de l'engorgement vulvo-vaginal, les tissus deviennent gris brun, puis noirâtres, se couvrent ensuite d'ulcérations. La gangrène est tantôt localisée, tantôt envahissante.

Quand *localisée*, les tissus nécrosés ne tardent pas à se détacher laissant à leur place une plaie profonde et anfractueuse, dont la cicatrisation se fera graduellement avec déformation plus ou moins considérable de la région. (Fistules, rétrécissements du vagin.)

Quand *envahissante*, on voit la gangrène envahir le périnée, la partie supéro-interne des cuisses, l'hypogastre, s'enfoncer dans le vagin en gagnant le tissu mou du petit bassin ; l'état général s'aggrave et la malade ne tarde pas à succomber.

La marche présente une certaine analogie avec le phlegmon diffus qui sera étudié ultérieurement, mais en diffère en ce sens que le phlegmon diffus survient souvent sans maladie antérieure, et que l'élément inflammatoire en est le caractère essentiel et au contraire la gangrène une complication.

La gangrène vulvaire est spéciale aux enfants et aux malades

hospitalisés ; depuis l'ère antiseptique, elle est devenue très rare. Son origine microbienne est en effet plus que probable.

Traitement :

Forme localisée : pansement antiseptique avec de l'iodoforme, alcool à l'intérieur.

Forme envahissante : même traitement, mais de plus cautérisations énergiques au thermocantère ou avec un caustique liquide (acide chlorhydrique) dans les limites même des tissus nécrosés, pour arrêter l'envahissement du mal.

3° Vulvo-vaginite diphtérique. — Le terme de diphtérie est pris ici dans le sens français, c'est-à-dire de maladie générale, et non dans l'acception allemande qui en fait à peu près le synonyme d'affection pseudo-membraneuse. La diphtérie vulvo-vaginale, sauf très rares exceptions, est secondaire et survient le plus ordinairement après la diphtérie pharyngée ou laryngée. La connaissance de la maladie antérieure en rend le diagnostic facile. Elle est caractérisée par des plaques blanches se développant d'abord sur la vulve, puis dans le vagin, et prenant parfois une coloration grisâtre qui leur donne un aspect gangréneux. Sous les pseudo-membranes se trouvent des ulcérations. Les ganglions de l'aine sont engorgés.

Traitement : médication tonique et stimulante. Pulvérisations locales phéniquées, pansement avec la solution phéniquée, ou avec du jus de citron.

4° Vulvo-vaginite dysentérique. — Cette forme s'observe à la suite de la dysenterie du gros intestin, et semble être une localisation du même élément pathogène à la surface des organes génitaux. Elle est constituée par la formation à la surface de la vulve et parfois du vagin de *croûtes minces, jaune grisâtre,* qui tombent bientôt pour faire place à des ulcérations.

Même traitement que pour la vulvo-vaginite aphteuse.

5° Vulvo-vaginite gravidique. — Cette forme est encore désignée sous le nom de vaginite *granuleuse*, car les granulations vaginales en sont l'élément caractéristique.

Ces granulations forment de petites élévations de 1 à 3 millimètres de diamètre, constituées par l'hypertrophie et la réunion de plusieurs papilles ; on les aperçoit facilement au spéculum, mais on les sent encore mieux au doigt ; le vagin semble émaillé d'une série

de têtes d'épingles qu'on aurait complètement piquées dans la paroi vaginale. Ces végétations se rencontrent surtout au niveau et au voisinage des cul-de-sacs ; elles diminuent petit à petit, à mesure

Fig. 164. — Granulation de la vaginite. Coupe (Ruge).

qu'on approche de la vulve ; on ne les rencontre pas à la surface vulvaire.

Toute la muqueuse vaginale est rouge violacé, la teinte violette étant l'œuvre de la grossesse. Même coloration de la vulve, qui participe le plus souvent à l'inflammation vaginale.

L'écoulement est franchement purulent et assez abondant.

Cette vulvo-vaginite, qui peut survenir à une période quelconque de la grossesse, le plus souvent dans la seconde moitié, résulte parfois d'une infection blennorrhagique ; la blennorrhagie, influencée dans sa marche par la grossesse, prend alors la forme granuleuse, et s'accompagne comme d'habitude d'urétrite ; mais le plus souvent elle se produit spontanément sans trace d'infection blennorrhagique, sans gonococcus, sous la seule influence de la gestation ; cette vaginité gravidique simple ne s'accompagne pas ordinairement d'urétrite. L'urétrite par sa présence ou son absence permettra donc d'éliminer ou d'établir la nature blennorrhagique de l'affection ; l'examen microscopique sera également un adjuvant utile par la recherche des gonococcus, mais les conclusions à tirer de cet examen devront être réservées, car des microbes nullement blennorrhagiques peuvent simuler le gonococcus.

La vulvo-vaginite gravidique incommode peu les femmes qui en sont atteintes ; l'écoulement est seul gênant ; le mari peut sans crainte de contamination pratiquer le coït alors que l'élément blennorrhagique est absent. Son principal inconvénient est d'exposer le nouveau-né à l'ophtalmie purulente, l'inoculation se faisant au passage.

Cette inflammation est d'ailleurs rebelle à la plupart des traitements et ne guérit qu'avec l'accouchement. On se contente en général de lui opposer des injections vaginales au sublimé à $\frac{1}{4000}$ pendant le dernier mois de la grossesse.

6° Vulvo-vaginite sénile. — Cette vulvo-vaginite, qui se déclare au moment de la ménopause ou dans les années consécutives, est remarquable par sa ténacité, sa faible intensité et par les démangeaisons et cuissons parfois insupportables qu'elle produit.

Le diabète en est fréquemment la source, mais souvent aussi sa cause nous échappe, elle paraît alors dépendre de l'âge seul, comme si la nutrition de ces organes était profondément modifiée par la mort fonctionnelle du système génital.

L'écoulement est muco-purulent, le plus souvent peu abondant.

A l'examen on trouve la muqueuse vulvo-vaginale rouge violacé, au lieu de sa coloration rose normale, mais cette coloration est peu intense ; il est même parfois difficile de se prononcer à son égard. Des ecchymoses, voire même de petites ulcérations superficielles ne sont pas très rares à la surface du vagin.

Le traitement local consiste en pansements antiseptiques pulvérulents, iodoforme ou salol, introduit avec un tampon deux fois ou une fois par semaine dans le vagin ; la même poudre sera insufflée sur la surface vulvaire. Le traitement général sera important ; on soignera le diabète, s'il existe, par un régime approprié, sinon veiller à l'intégrité des fonctions digestives et combattre surtout la constipation.

b. — INFLAMMATION SPROTOPATHIQUES

1° Vulvo-vaginite traumatique. — Tout traumatisme prolongé comme celui causé par le séjour d'un pessaire, d'un tampon, d'une éponge, ou violent, comme celui qui résulte de brutales tentatives de défloration (cause relativement assez fréquente chez les jeunes filles) est susceptible de produire une inflammation vulvo-vaginale, dont l'intensité est habituellement faible.

La masturbation est ici un facteur pathologique important.

C'est par un mécanisme analogue que les sécrétions utérines, ou celles fournies par l'intertrigo de la face interne des cuisses, peuvent amener une inflammation vaginale, véritable traumatisme à action

irritante continue. Même irritation chez les femmes qui ne prennent pas les soins de propreté voulus.

Je mentionnerai également la vaginite produite par la présence d'oxyures, de l'oïdium albicans.

Cette inflammation se manifeste par de la rougeur, un écoulement muco-purulent, et parfois des ulcérations amenées par le contact direct de corps étrangers.

Traitement : *sublata causa, tollitur effectus ;* quelques injections et pansements astringents suffiront pour ramener la muqueuse vulvo-vaginale à son état normal.

2° Vulvo-vaginite septicémique. — Quand par l'intermédiaire d'une plaie vaginale ou vulvaire un élément septique pénètre dans les lymphatiques de la région, une inflammation septicémique pourra en être la conséquence.

Si l'inflammation reste superficielle, on aura les symptômes de l'érysipèle. Erysipèle du vagin, de la vulve, des régions avoisinantes.

Si l'inflammation envahit le tissu cellulaire sous-jacent, et suit une marche rapidement progressive, on a les symptômes du phlegmon diffus. Des portions de vagin nécrosées peuvent se détacher, d'où le nom de *vaginite disséquante*, donné à certaines variétés de cette affection. La *périvaginite phlegmoneuse*, également décrite par certains auteurs, n'est autre que l'inflammation du tissu cellulaire périvaginal sous l'influence de la même cause. Si des gaz se développent dans des tissus enflammés on aura la *vaginite emphysémateuse ;* toutefois cette variété doit être distinguée d'une autre du même nom, que nous étudierons avec les tumeurs gazeuses, et qui serait un emphysème du vagin se faisant sourdement, sans retentissement général, constitué par de petits kystes aériens développés dans la muqueuse vaginale.

Ces divers accidents septiques peuvent se développer pendant la puerpéralité ou en dehors d'elle. Je n'aborderai ni leur description ni leur traitement; l'érysipèle et le phlegmon diffus, dont l'ensemble constitue la septicémie génitale, ou plutôt une des septicémies génitales, ne présentant pas de particularités suffisantes pour obliger à une description spéciale et rentrant dans le domaine de la pathologie chirurgicale.

3° Vulvo-vaginite blennorrhagique. — J'arrive en terminant à la vulvo-vaginite la plus fréquente (la vaginite gravidique exceptée) et

la plus importante, à celle que le gynécologue doit le mieux connaître, à la vulvo-vaginite blennorrhagique.

Un microbe, dont la forme rappelle celle d'un grain de café (fig. 165 et 165 *bis*) est déposé pendant l'union sexuelle à la surface génitale de la femme. Ce microbe inoculé pullule et provoque autour de lui une réaction inflammatoire; la blennorrhagie est constituée.

Fig. 165. — Sécrétion vaginale d'une accouchée. — Cellules épithéliales et gonocoques (Bumm).

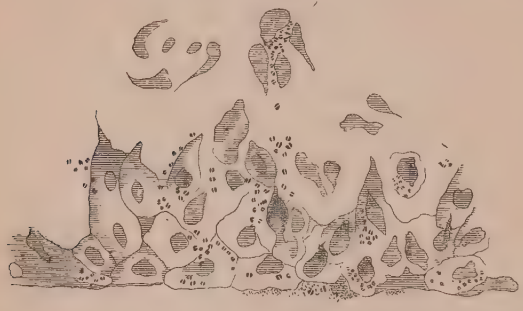


Fig. 165 *bis*. — Coupe de la conjonctive palpébrale dans un cas d'ophtalmie blennorrhagique. Revêtement épithélial infiltré de gonocoques blennorrhagiques (Bumm).

Le début de l'inflammation a lieu tantôt par le vagin, tantôt par la cavité cervicale de l'utérus, tantôt par la vulve, tantôt par l'urètre; elle survient cinq à huit jours après l'inoculation ; quand le médecin est consulté, la plus grande partie de la surface génitale est envahie et le point de départ est déjà introuvable.

L'inflammation s'accompagne de ses quatre symptômes cardinaux : *douleur*, *rougeur*, *chaleur*, *tuméfaction*.

Une secrétion abondante de pus s'échappe de la surface génitale tachant en jaune-vert le linge.

La douleur est vive spontanément ; elle devient excessive et intolérable quand on veut tenter une exploration vaginale. Si, la femme étant placée sur le fauteuil d'examen, on essaie de faire pénétrer le doigt dans le vagin, même avec beaucoup de vaseline et de douceur, la patiente pousse des cris, elle s'éloigne ; la muqueuse est au summum de sensibilité, et il y a un vaginisme intense; on ne peut pénétrer qu'avec l'anesthésie locale ou générale.

Une exploration est d'ailleurs inutile, cet examen sommaire permet d'établir le diagnostic. La nature seule de l'inflammation doit être discutée; s'agit-il d'une blennorrhagie ou d'une autre variété

de vulvo-vaginite ? Quand l'inflammation est aussi intense, quand quelques jours auparavant, il y a eu un coït suspect, quand il y a de l'urétrite, révélée par l'examen direct et aussi par la douleur que la femme éprouve en urinant, la nature blennorrhagique de l'inflammation est bien probable.

L'urétrite est en quelque sorte la signature de la blennorrhagie; elle est le meilleur signe clinique des gonococcus; elle existe rarement avec les autres formes d'inflammation vulvo-vaginale. En cas d'attentats à la pudeur chez les petites filles, elle est toujours attentivement recherchée par les médecins légistes, car son existence rend probable la blennorrhagie et par conséquent les tentatives masculines, sinon il peut être question d'une vulvo-vaginite d'une autre nature, n'ayant aucune origine contagieuse.

L'examen microscopique révélera le gonococcus, s'il s'agit de blennorrhagie. Toutefois cette constatation n'est pas considérée comme pathognomonique, car d'autres microbes non pathogènes peuvent exactement simuler celui de la blennorrhagie.

Après cette période aiguë, qui dure quelques jours, les symptômes inflammatoires s'apaisent; mais souvent à ce moment se produisent des *complications* qui ne sont autre chose que l'envahissement par le gonococcus de territoires voisins, tels :

La Bartholinite;
La cystite;
L'endométrite;
La salpingite;
L'ovarite;
La pelvi-péritonite, susceptible de dégénérer en péritonite.

Le microbe peut même être transporté par la voie sanguine dans des territoires éloignés, et causer, par exemple, une arthrite.

Les diverses complications de voisinage seront étudiées à propos de chacun des organes atteints, je ne fais ici que les mentionner pour donner une idée de la gravité possible de la blennorrhagie.

Cette inflammation bénigne d'apparence peut, ainsi qu'on le voit, avoir les plus graves conséquences; en envahissant les trompes elle produit la pyosalpingite, qui détruit les trompes au point de vue physiologique et cause la stérilité; même résultat avec une ovarite suppurée; quant à la péritonite, elle expose la vie même de la femme.

La blennorrhagie dure chez la femme de un à deux mois, parfois

même davantage. Mais alors qu'à l'examen de la vulve à la vue et du vagin au spéculum, l'inflammation semble disparue le médecin ne doit pas ignorer qu'il existe des repaires blennorrhagiques qui deviennent la source de contagions très inattendues. Telle femme paraît guérie qui quelques jours ou quelques semaines après donne la blennorrhagie par l'union sexuelle. Ces repaires blennorrhagiques sont les glandes de la vulve, en particulier les glandes de Bartholin, celles qui entourent le méat urinaire, et souvent aussi l'urètre ainsi que la cavité cervicale de l'utérus. Quand avec une surface génitale d'apparence normale on exerce une compression sur les glandes en question on fait sourdre une ou deux gouttelettes de pus, l'urètre également sert son contenu à une pression postéro-antérieure faite par le vagin. Pour le col, après avoir appliqué le spéculum, si on pousse avec une pince dans l'orifice externe un petit tampon de coton, on le ramène souvent recouvert d'une gouttelette purulente ; une goutte de pus suffit à donner plusieurs blennorrhagies par inoculation. C'est cette même gouttelette microbienne, cachée en quelque sorte dans son terrier, qui s'échappe au moment du coït, chassée par la compression masculine ; elle contamine celui même qui l'a troublée dans son repos.

A côté de la forme aiguë de la blennorrhagie, dont il vient d'être question, il en est d'atténuées, de larvées, qui sont parfois très embarrassantes pour le gynécologue.

Voici la forme la plus commune : un homme se marie, ayant eu la chaudepisse deux ou trois ans auparavant, il a encore une légère *goutte militaire*, dont il n'a pu se débarrasser, c'est-à-dire que le matin avant d'uriner, en comprimant l'urètre, il fait poindre au méat une petite gouttelette jaune pâle.

Il n'attache aucune importance à ce léger inconvénient.

Le mariage a lieu ; les premières approches conjugales se font sans accident, puis au bout de trois ou quatre mois, la femme souffre, les règles deviennent douloureuses, il y un peu d'endométrite. Puis bientôt un malaise dans tout le bas-ventre avec douleurs dans les reins et dans les aines ; l'examen direct démontre l'existence d'une endométrite et d'une double salpingite catarrhale, parfois avec un peu d'ovarite ; le vagin et la vulve sont d'ailleurs normaux.

L'inflammation endo-utérine et endo-salpingienne est le résultat de l'inoculation de la goutte militaire.

La femme doit être condamnée au repos, traitée par les révulsifs; parfois la lésion des trompes est suffisante pour produire la stérilité. En somme la maladie est bénigne d'apparence, le mari croit n'avoir rien à se reprocher, et néanmoins il a apporté l'infécondité dans le mariage.

La conclusion est qu'on ne saurait traiter avec trop de sollicitude la blennorrhagie chez la femme comme chez l'homme. Examinons quel doit être ce *traitement* chez la femme.

Le traitement de la vulvo-vaginite blennorrhagique consiste en :

Bains ;
Injections ;
Suppositoires ;
Tampons médicamenteux.

1° *Bains.* — Les bains sont le seul traitement qu'on puisse appliquer pendant la période aiguë, alors que l'accès du vagin est fermé par l'intensité même de l'inflammation. Les bains sont ou simples ou mélangés d'amidon, de son. Ils seront donnés tous les jours pendant une heure environ. La vulve sera lavée trois à quatre fois par jour avec une solution légèrement antiseptique (acide phénique à $\frac{1}{200}$, de sublimé à $\frac{1}{400}$), garder le repos aussi complet que possible[1].

2° *Injections.* — Aussitôt que les symptômes inflammatoires se sont calmés, et que le vagin est devenu accessible, tout en continuant les grands bains on fera prendre à la femme une injection matin et soir de quatre litres environ avec une des solutions suivantes :

Soit alun ou tannin.	1 cuillerée à soupe par litre.
Soit coaltar saponiné	émulsion au 1/5.
Soit sulfate de cuivre.	20 grammes par litre.

3° *Suppositoires.* — Après chaque injection on fera placer dans le vagin un des suppositoires suivants :

Tannin	4 grammes.
Glycérine	6 —
Beurre de cacao	q. s.

La femme doit rester étendue pendant les deux premières heures qui suivent l'application du suppositoire, sans quoi il serait expulsé du vagin à mesure qu'il fondrait, sans produire d'action topique sérieuse.

[1] La femme, si elle peut être dressée à cela, se trouvera bien de l'introduction pendant le bain d'un spéculum grillagé, aussitôt que cette introduction devient possible.

4° *Tampons.* — Le traitement qui précède avec bains, injections et suppositoires, peut suffire à la guérison, cependant les applications de tampons seront suivis d'une cure plus rapide, et devront être préférées, quand la femme est en situation de se faire panser par un médecin ; quant à l'application des tampons par la patiente même, je la crois peu pratique, malgré les appareils plus ou moins ingénieux qui ont été inventés dans ce but. — Les tampons seront imbibés de glycérolé de tannin, ou de glycérolé d'iodoforme ; ils seront appliqués aussi gros que possible, du volume d'une noix à celui d'une mandarine, car outre l'influence des médicaments dont ils sont chargés ils agissent très heureusement en isolant l'une de l'autre les parois vaginales ; l'isolement sera d'autant plus complet que le tampon sera plus gros.

Quand l'inflammation semble terminée, il faut avoir soin d'explorer toute la surface vaginale, chercher les *repaires blennorrhagiques* dont il a été précédemment question, de manière à ne respecter aucun territoire où le gonococcus puisse pulluler. Pour les glandes malades il sera nécessaire de les inciser après anesthésie locale préalable, de manière à cautériser leur intérieur. Quant aux glandes de Bartholin, il sera plus sûr d'en faire l'extirpation totale, si on la juge nécessaire.

III

ÉRUPTIONS ET ULCÉRATIONS VULVO-VAGINALES

SOMMAIRE

a. Contagieuses.
1. Herpès.
2. Folliculite.
3. Chancre mou.
4. Manifestations syphilitiques.
5. Lupus (tuberculose).

b. Non contagieuses.
1. Eczéma.
2. Psoriasis.
3. Pemphigus.

Dans la description des éruptions et ulcérations vulvo-vaginales, pas plus que dans celle des tumeurs, on ne trouvera de chapitre

PLANCHE II

Fig. 1. — Herpès confluent de la région vulvaire.

(Fournier : Musée de l'hôpital Saint-Louis.)

Fig. 2. — Folliculite vulvaire.

(Fournier : Musée de l'hôpital Saint-Louis.)

, DOIN, Éditeur

Imp Monrocq, à Paris

spécial réservé à l'*esthiomène*. L'esthiomène en effet n'est pas une maladie définie, c'est un syndrome, dans la description duquel on a confondu des maladies différentes : épithélioma, ulcérations syphilitiques tertiaires, tuberculose, éléphantiasis. Or chacune de ces maladies sera étudiée au chapitre qui lui est réservé. *Esthiomène* et *lupus* ne sont pas non plus synonymes, car le lupus est le nom générique sous lequel on a décrit, avant de connaître leur nature, les différentes formes de tuberculose vulvo-vaginale; *lupus* et *tuberculose* ne font qu'un.

Les éruptions et ulcérations vulvo-vaginales, au point de vue clinique, doivent être divisées en *contagieuses* et *non contagieuses*.

a. — ÉRUPTIONS ET ULCÉRATIONS CONTAGIEUSES

1. Herpès. — L'herpès est caractérisé par l'éruption de petites vésicules sur la vulve.

L'éruption suit les quatre stades suivants :

1° Rougeur et congestion ;
2° Formation de vésicules ;
3° Rupture et ulcération ;
4° Cicatrisation.

L'herpès revêt deux formes :

L'une *discrète*, dans laquelle il n'y a pas de phénomènes généraux; les vésicules sont rares et isolées; les troubles locaux sont de faible intensité.

L'autre *confluente*, la vulve est couverte par l'éruption ; fièvre et malaise ; cuisson très vive aux parties génitales (pl. II, fig. 1).

Dans la forme discrète, quand la période vésiculaire est franchie, la confusion est parfois facile avec les chancres mous, les chancres indurés et les plaques muqueuses, surtout quand il y a eu modification par des caustiques. L'existence d'autres manifestations syphilitiques, la marche de l'affection, parfois l'existence dans le voisinage de vésicules appartenant à des points d'herpès moins avancés, seront les meilleurs éléments de diagnostic.

Dans la forme confluente l'aspect est souvent celui de plaques muqueuses érosives ; localement l'herpès se distingue par ses bords festonnés, constitués par une série de petits cercles adjacents les uns aux autres, parfois disposés en 8 ou en trèfle (fig. 166).

L'herpès s'accompagne d'adénopathie, cet élément fera donc dé-

faut pour le diagnostic avec la syphilis et le chancre induré, car il existe dans ces deux maladies.

Dans les cas douteux attendre pour le diagnostic ; l'herpès dure une quinzaine dans la forme confluente, deux à cinq jours dans la forme discrète.

Il semble au point de vue étiologique y avoir deux sortes d'herpès ; l'un purement *local*, survenant souvent avec les règles (boutons de

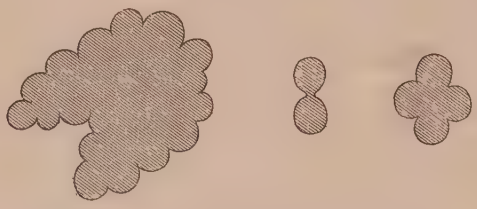


Fig. 166. — Bords festonnés de l'herpès.

règles), à la suite d'excès de coït, d'écoulement utéro-vaginal ; l'autre *constitutionnel*, lié à la diathèse arthritique.

L'herpès est faiblement contagieux, cependant cette contagion ne saurait être niée, car on voit de temps en temps le mari et la femme être affectés à la fois d'une éruption analogue.

Traitement. — Bains tièdes prolongés ;

Cataplasme de fécule, ou application d'émollients ;

A la période d'ulcération, saupoudrer avec un mélange d'oxyde de zinc et d'amidon à parties égales.

Quand les ulcérations se cicatrisent lentement, les toucher avec une solution de nitrate d'argent au $\frac{1}{100}$;

Chez les femmes sujettes aux récidives fréquentes, bains sulfureux, stations thermales sulfureuses.

2. Folliculite. — La folliculite est l'inflammation des glandes de la vulve ; il en existe trois variétés, une *syphilitique*, une *chancreuse*, une *simple*.

La variété syphilitique est tantôt hypertrophique, tantôt suppurative et ulcéreuse, et coïncide ordinairement avec d'autres manifestations de la maladie.

La variété chancreuse est constituée par autant de petits chancres mous folliculaires, qui ne peuvent guère se distinguer de la folliculite simple que par l'inoculation donnant des résultats positifs avec le chancre mou.

PLANCHE III

Fig. 1. — Chancres mous multiples.

(Guibout : Musée de l'hôpital Saint-Louis.)

Fig. 2. — Chancres simples vulvaires; forme phagédénique; phagédénisme gangréneux.

(Fournier : Musée de l'hôpital Saint-Louis.)

O. DOIN, Éditeur

Imp. Monrocq, à Paris.

Quant à la folliculite simple, qui se confond avec l'acné suppurée, elle est caractérisée par une période d'éruption, boutons rouges émergeant à la vulve et causant des démangeaisons plus ou moins vives — par une période de suppuration — et enfin par une période de déclin et de cicatrisation (pl. II, fig. 2).

Le *traitement* dans le premier cas est celui de la syphilis, dans le second celui du chancre mou, et dans le troisième se résume en soins de propreté.

3. Chancre mou. — Le chancre mou, absolument distinct de la syphilis avec laquelle il était confondu autrefois, n'a pas de période d'incubation ; il survient peu après le coït infectant. Il commence par une petite auréole rougeâtre, d'apparence inflammatoire. Au deuxième ou troisième jour l'auréole s'est agrandie ; en son milieu l'épiderme se soulève pour former une vésicule remplie de sérosité louche. Au quatrième jour le liquide devient purulent, la pustule s'ouvre et cède la place à une ulcération à *fond jaunâtre et à bords taillés à pic ;* ces deux caractères réunis sont pathognomoniques du chancre mou. Etat stationnaire pendant un temps variable, puis cicatrisation.

Le chancre mou dont la contagion se fait presque constamment par le coït, et dont l'élément pathogène n'est pas encore connu, peut prendre quatre formes cliniques distinctes.

1° Unique, comme l'est habituellement le chancre induré ;
2° Multiple (pl. III, fig. 1) ;
3° Folliculaire, déjà décrit page 162 ;
4° Phagédénique (pl. III, fig. 2).

Le phagédénisme est une complication du chancre simple ; il est constitué par une marche envahissante de l'ulcération, qui détruit petit à petit les tissus voisins en les ulcérant et en les nécrosant, de telle sorte que la plaie prend quelquefois des dimensions considérables, parfois suffisantes pour produire l'hecticité et la mort.

Le chancre mou peut se développer en une région quelconque de la vulve, on le rencontre assez souvent au col utérin, mais le vagin paraît lui être réfractaire, de même qu'à la plupart des manifestations syphilitiques ; en dehors de la blennorrhagie l'épithélium vaginal se prête mal à l'inoculation des maladies vénériennes.

L'adénopathie est dans le chancre mou un élément important de

diagnostic, comparons-la avec celle de la syphilis. Dans la syphilis il y a dans chaque aine une *pléiade ganglionnaire indolente*, une série de petits ganglions durs, avec un ganglion chef au milieu d'eux qui les domine par son volume. Dans le chancre mou, il y a au contraire une adénite inflammatoire douloureuse et ordinairement unique pour un même côté. Cette adénite se termine soit par résolution, soit par suppuration, et dans ce dernier cas le pus est tantôt simple, tantôt spécifique, c'est-à-dire reproduisant par l'inoculation un chancre mou ; c'est alors un véritable chancre mou ganglionnaire, inoculé par la voie lymphatique et évoluant ultérieurement suivant les allures habituelles à cette maladie.

Le *pronostic* du chancre mou est bénin à moins de phagédénisme.

Le *traitement* est essentiellement local et consiste dans l'application de poudres antiseptiques parmi lesquelles l'iodoforme est la meilleure. On a essayé de nombreux traitements contre le phagédénisme, on est toujours revenu au *repos*, et à l'*iodoforme*, combinés à un *traitement général tonique*.

4. Manifestations syphilitiques. — La vulve peut être le siège :

D'accidents primitifs. Chancre induré. . . .	1
D'accidents secondaires. Syphilides :	
1° En surface ou érosives.	2
2° En creux ou ulcéreuses	3
3° En saillie ou papulo-tuberculeuses .	4
D'accidents tertiaires. Gommes	5

Un mot sur chacune de ces cinq variétés d'accidents syphilitiques.

1° *Chancre induré* (pl. IV, fig. 2 et 4). — Le chancre induré, première manifestation de la syphilis, survient environ un mois après le coït infectant. Il se manifeste par une petite tache rouge indolore. La surface prend une couleur jambonneuse et la base s'indure, donnant au doigt la sensation d'un petit disque cartilagineux. Assez rarement le chancre fait saillie à la surface de la vulve et prend la forme papuleuse, ou encore creuse les tissus de manière à former une véritable ulcération ; habituellement la surface du chancre est de niveau avec les tissus voisins. Le chancre est ordinairement *unique* chez la femme, quelquefois *multiple*. Après un à trois mois survient la cicatrisation ne laissant comme trace de

PLANCHE IV

Fig. 1. — Syphilides érosives.

(Fournier : Leçons cliniques sur la syphilis.)

Fig. 2 et 4. — Chancres syphilitiques.

(Fournier : Leçons cliniques sur la syphilis.

Fig. 3. — Syphilides papulo-tuberculeuses.

(Fournier : Leçons cliniques sur la syphilis.)

Imp. Monrocq, à Paris

PLANCHE V

Fig. 1. — Syphilides papulo-ulcéreuses.

(Fournier : Leçons cliniques sur la syphilis.)

Fig. 2. — Syphilides gommeuses ulcérées.

(Fournier : Musée de l'hôpital Saint-Louis.)

A. LEFEVRE, Dess. Lith.

O. DOIN, Éditeur.

Imp. MONROCQ, à Paris.

la lésion que l'induration qui persiste assez longtemps. Au lieu de se cicatriser, le chancre se transforme quelquefois en plaque muqueuse.

Le chancre induré peut siéger en une région quelconque de la vulve, il est inconnu au niveau du vagin, il en est à peu près de même des syphilides, qui vont être étudiées dans un instant, avec cette différence toutefois qu'on peut à titre exceptionnel les observer sur la paroi vaginale.

2° *Syphilides érosives* (pl. IV, fig. 1). — Erosions superficielles du derme muqueux, variant comme étendue d'une lentille à une pièce de cinquante centimes, indolentes comme le sont en général les manifestations syphilitiques; ces érosions guérissent facilement sous l'influence du traitement général, et l'application locale d'une poudre isolante quelconque.

3° *Syphilides ulcéreuses* (pl. V, fig. 1). — Forme relativement rare des plaques muqueuses. L'ulcération commence par une rougeur locale, qui se creuse petit à petit, et se recouvre d'un enduit jaunâtre, de sorte qu'elle simule assez bien un chancre mou. Ces ulcérations sont ordinairement multiples et peuvent se développer en une région quelconque de la vulve.

4° *Syphilides papulo-tuberculeuses* (pl. IV, fig. 3). — Je réunis sous cette unique dénomination les syphilides papuleuses et les tuberculeuses, les unes formées par de petites saillies, les autres par des saillies plus accentuées. La saillie commence par un bouton de faible importance qui grossit jusqu'à constituer une papule, ou même jusqu'à former un véritable tubercule. La surface est *humide, sécrétante, érodée.* La syphilide tuberculeuse s'appelle encore *papulo-hypertrophique.*

5° *Gommes vulvaires* (pl. V, fig. 2). — Le tissu cellulaire de la vulve peut aussi être le point de départ des gommes syphilitiques. La gomme est une tumeur noueuse, passant successivement de l'induration au ramollissement et à l'ulcération. Le traitement peut en entraver l'évolution et l'arrêter par exemple dans la phase d'induration, amenant petit à petit la résorption du noyau induré.

Le traitement de ces diverses manifestations syphilitiques est général et local.

Général, traitement mercuriel ou mixte avec l'iodure de potassium suivant l'âge de la maladie.

Local, une simple poudre astringente, isolante ou antiseptique avec propreté minutieuse, si les accidents sont légers. Des cautérisations à la teinture d'iode, au nitrate d'argent, au nitrate acide de mercure en cas d'accidents tenaces et rebelles.

6° *Lupus. Tuberculose* [1]. — La tuberculose est susceptible de se développer en un point quelconque des organes génitaux ; il ne sera ici question que de celle de la vulve et du vagin.

Elle peut être soit la manifestation locale d'une infection générale et survient en pareil cas chez un sujet phtisique, soit la première et unique localisation de la tuberculose, l'inoculation se fait alors par le coït, tantôt par le contact direct d'une lésion tuberculeuse, tantôt par le contact du sperme contenant des bacilles spécifiques.

Dans le *vagin* la tuberculose se manifeste par une ulcération, à bords relevés et indurés, taillés à pic et recouverts d'un enduit gris jaunâtre caséeux ; tantôt unique, tantôt multiple, pouvant rester longtemps stationnaire et passer inaperçue ; ayant en d'autres cas une marche envahissante et capable de produire des désordres profonds, tels que fistules, soit du côté des voies urinaires, soit du rectum.

A la *vulve*, la tuberculose revêt deux formes distinctes, l'une ulcéreuse (pl. VI, fig. 1), l'autre hypertrophique (pl. VI, fig. 2).

Dans la forme *ulcéreuse*, il existe une ulcération anfractueuse, à bords inégaux, tendant à s'agrandir tantôt en surface, tantôt en profondeur, capricieuse dans sa marche, guérissant en un point pendant qu'elle s'étend en une autre région. La perte de substance est quelquefois très grande, bordée de végétations à teinte luisante et couleur violacée. La guérison est l'exception. La plupart du temps, l'envahissement est lent, dure plusieurs années avec des désordres locaux considérables, d'où résulte la mort de la malade.

Dans la *forme hypertrophique*, encore dénommée *éléphantiasique*, toutes les parties constituantes de la vulve prennent un développement parfois considérable. Les tissus sont rouges, lisses, non ulcérés, rappelant l'aspect d'un œdème dur. De petites végétations parsèment cette surface hypertrophiée. Breisky sous le nom de *kraurosis vulvæ*,

[1] Voir Deschamps. *Arch. de Tocologie*, 1885, p. 19.

PLANCHE VI

Fig. 1. — Esthiomène de la vulve.

(Péan : Musée de l'hôpital Saint-Louis.)

Fig. 2. — Esthiomène de la vulve ; tuberculose vulvaire pachydermique.

(Siredey : Musée de l'hôpital Saint-Louis.)

PLANCHE VII

Fig. 1. — Eczéma de la vulve.

(Auvard.)

Fig. 2. — Psoriasis de la vulve.

(Fournier : Musée de l'hôpital Saint-Louis.)

Fig. 2.

A. Lemoine, Paris. O. DOIN, Editeur. Imp. Monaoog, à Paris

a décrit une affection, qui semble être une variété de tuberculose à forme hypertrophique [1].

Traitement. — *Forme ulcéreuse :* pansements à l'iodoforme, cautérisations avec la teinture d'iode, le nitrate d'argent, parfois avec le fer rouge (peut-être des scarifications). Traitement général tonique (huile de foie de morue).

Forme hypertrophique : ablation au bistouri des tissus malades aussi complète que possible. Dans les cas où l'intervention chirurgicale ne sera pas acceptée, on pourra tenter les scarifications ou l'électropuncture.

b. — ÉRUPTIONS ET ULCÉRATIONS NON CONTAGIEUSES

1. Eczéma (pl. VII, fig. 1). — L'eczéma vulvaire est *aigu* ou *chronique*.

Aigu, il débute par une éruption de petites vésicules très fines avec gonflement des tissus sous-jacents. Les vésicules ouvertes laissent échapper un liquide, qui se coagule sous forme de croûtes. Guérison ou passage à l'état chronique. Traitement : émollients, cataplasmes de fécule, laxatifs intestinaux.

Chronique, même éruption évoluant lentement et donnant lieu à un suintement assez abondant, cause de démangeaisons pénibles. Traitement local : émollients ; général : alcalins.

2. Psoriasis (pl. VII, fig. 2). — Le psoriasis peut siéger à la vulve comme en tout autre point du corps, mais cette localisation est relativement rare. Il se reconnaît à ses plaques squameuses saillantes, sèches, présentant une coloration blanche reposant sur un fond rouge. Le psoriasis vulvaire est quelquefois l'avant-coureur de l'épithélioma. Traitement général : arsenic; — local : pommade au goudron ou à l'huile de cade.

3. Pemphigus. — Le pemphigus est caractérisé par la présence de bulles de dimensions variables, contenant soit de la sérosité avec ou sans mélange de sang, soit du pus. Le pemphigus peut siéger à la surface des grandes et petites lèvres, ainsi qu'à l'intérieur du vagin. Cette affection est très rare aux organes génitaux, il suffit d'en mentionner ici l'existence.

[1] Voir Dumesnil-Omann. *New Orleans m. and. s. Journal*, mars 1890.

IV

TUMEURS

SOMMAIRE

a. Gazeuses.
1. Kystes gazeux.
2. Hernies.

b. Liquides.
3. Kystes.
4. Hématomes. Thrombus.
5. Abcès.
6. Tumeurs érectiles.
7. Varices.
8. Œdème.

c. Solides.
9. Furoncles. Anthrax. Bartholinite.
10. Végétations.
11. Éléphantiasis.
12. Fibrome. Myome. Lypome et Sarcome.
13. Cancer.

1. KYSTES GAZEUX

Ces kystes qui se développent en assez grand nombre, et sous l'influence exclusive de la grossesse, constituent une maladie très rare qui a reçu des dénominations diverses : colpohyperplasie kystique (Winckel), vaginite kystique (Ruge), emphysème vaginal (Zweifel). Ces kystes, remplis d'un gaz dont la composition est analogue à celle de l'air, sont toujours de petites dimensions : ils ne dépassent pas le volume d'une cerise. On les a fait provenir des glandes, des espaces lymphatiques, et enfin des interstices mêmes de la paroi vaginale; cette dernière origine semble la vraie; le point de départ serait une thrombose locale, formation d'une vacuole, réunion de plusieurs vacuoles, formation de gaz par décomposition du contenu.

[1] Consult. Jacobs. *Des kystes vasculaires du vagin. Archives de physiologie*, 1er oct. 1888, p. 261.

2. HERNIES

en existe deux variétés : une *labiale antérieure* et une *labiale postérieure*.

Dans la hernie labiale antérieure l'intestin descend par le canal inguinal dans les grandes lèvres; c'est l'analogue de la hernie scrotale chez l'homme (fig. 167).

Fig. 167. — Hernie labiale antérieure (Winckel).

Fig. 168. — Hernie labiale postérieure (Winckel).

Dans la hernie labiale postérieure (fig. 168), l'intestin refoule le péritoine à travers l'aponévrose pelvienne et le releveur de l'anus, côtoie la paroi vaginale latéralement et repousse cette paroi à travers l'orifice vulvaire, où elle vient faire une saillie coiffée par cette même paroi.

Avec l'intestin il peut dans la hernie s'échapper de l'épiploon, et quelquefois, surtout dans la labiale postérieure, l'ovaire.

Symptômes et traitement habituels des hernies.

3. KYSTES LIQUIDES

A la vulve, les kystes sont susceptibles de se développer en une région quelconque, le plus souvent au niveau de la glande de Bartholin ; la glande même se transforme en kyste par occlusion de son canal excréteur.

Le contenu est séreux (fig. 170) ou sanguin (kyste hématique) (fig. 169).

Une collection kystique peut se former parfois au voisinage de

l'orifice inguinal dans les vestiges du canal de Nück, la tumeur prend alors le nom d'*hydrocèle*. La cavité peut exceptionnellement communiquer avec le péritoine et l'hydrocèle être réductible [1].

Fig. 169. — Kyste hematique ancien de la petite lèvre gauche. (Musée de Saint-Louis.) (Blum.)

Les kystes séreux du vagin (fig. 171) présentent les dimensions d'une noix à un œuf de poule, et même à une orange. Exceptionnellement, ils sont situés latéralement, le plus souvent sur la paroi antérieure à quatre ou cinq centimètres de la vulve.

Ordinairement uniques, quelquefois doubles. Assez souvent en écartant les grandes et petites lèvres on peut les apercevoir faisant saillie à l'orifice vulvo-vaginal (fig. 171).

Le plus communément le toucher seul pourra les découvrir. Pour bien délimiter la tumeur, il faut, si elle siège postérieurement, combiner le toucher rectal au vaginal, et antérieurement, enfoncer un cathéter

Fig. 170. — Kyste du canal excréteur de la glande de Bartholin; une sonde est introduite dans le méat urinaire. (Huguier.)

Fig. 171. — Kyste séreux du vagin. (Huguier.)

[1] Richelot. *Union médicale*, 2 oct. 1890.

dans l'urètre, de manière à apprécier l'épaisseur du kyste. Le spéculum ne fait que confirmer les résultats du toucher.

Traitement. — La ponction est insuffisante, car le liquide se reproduit ; il faut enlever complètement la tumeur au bistouri après anesthésie générale ou mieux locale.

4. HÉMATOMES — THROMBUS

Les thrombus vulvo-vaginaux sont constitués par l'accumulation du sang dans le tissu cellulaire péri-vaginal ; ces tumeurs ne se produisent guère que pendant l'accouchement ou les premiers jours du postpartum ; elles intéressent donc presque exclusivement l'obstétrique.

5. ABCÈS

Les abcès du vagin se développent dans le tissu cellulaire qui enveloppe ce canal ; ils résultent soit d'un traumatisme, soit de l'inflammation propagée de la surface muqueuse (vaginite) aux tissus sous-jacents.

Les abcès de la vulve peuvent également se développer dans le tissu cellulaire, et dépendre des deux causes précédentes, mais le plus souvent ils résultent d'une glandulite ; la Bartholinite en est l'origine la plus fréquente (fig. 172).

Fig. 172. — Abcès de la glande droite de Bartholin. (Huguier.)

Cette inflammation glandulaire est une des complications fréquentes de la blennorrhagie.

Les caractères inflammatoires de la tumeur fluctuante rendent ordinairement son diagnostic facile. Pour les abcès du vagin il faudra toujours penser à la possibilité d'une hernie dont l'inflammation serait une complication. La confusion d'une hernie et d'un abcès pourrait, en effet, avec l'usage du bistouri, avoir de fâcheuses conséquences.

Traitement. — Ouverture large au bistouri ou au thermocautère,

pansements et lavages antiseptiques. Les abcès de la glande de Bartholin donnent parfois lieu à des suppurations prolongées contre lesquelles l'eau oxygénée agit heureusement.

6. TUMEURS ÉRECTILES

Les tumeurs érectiles sont exceptionnelles au niveau de la vulve; leurs caractères y sont peu différents de ceux observés dans d'autres régions du corps.

7. VARICES

Les varices vulvo-vaginales se développent pendant la grossesse à cause de la gêne dans la circulation de retour. Augmentant avec le développement de l'utérus, elles diminuent et s'affaissent après l'accouchement. En dehors de l'état puerpéral, les varices sont rarement la source de troubles notables.

8. ŒDÈME

La vulve se laisse facilement envahir par l'œdème, et, sous l'influence de l'infiltration, les grandes lèvres peuvent arriver à constituer deux bourrelets tellement volumineux que l'accès du vagin devient absolument impossible.

On distingue deux variétés d'œdème, l'un *dur*, où les tissus ne sont pas dépressibles et qui n'existe qu'avec la syphilis, l'autre *mou*, conservant l'impression du doigt et se produisant dans trois circonstances principales :

Inflammations locales ;
Hydropisies générales ;
Grossesse.

Le traitement sera celui de la cause même ; si l'œdème devient trop gênant, on le combattra à l'aide de mouchetures soigneusement aseptiques ou d'une compression modérée, combinée au repos horizontal.

9. FURONCLE — ANTHRAX — BARTHOLINITE

Il a déjà été question de la Bartholinite ou inflammation de la glande vulvo-vaginale à propos des abcès vulvaires. Quant au

PLANCHE VIII

Fig. 1. — Végétations vulvaires pendant la grossesse.

(Le Dentu : Musée de l'hôpital Saint-Louis.)

furoncle et à l'anthrax, leur évolution diffère peu à la vulve de ce qu'elle est en tout autre point du corps.

10. VÉGÉTATIONS

L'aspect des végétations est typique, et il suffit d'avoir vu ces tumeurs une fois pour savoir immédiatement les reconnaître. La comparaison avec un chou-fleur est la plus exacte qu'on en ait donné. Une série de tumeurs à pédicules plus ou moins larges s'épanouissent en une série de petits bouquets arrondis (pl. VIII, fig. 1).

Histologiquement, ce sont des papillomes.

Tantôt les végétations sont isolées et discrètes, tantôt confluentes, recouvrant toute la vulve qui est complètement cachée derrière elles.

Elles sont douloureuses par leur volume, par le frottement qu'elles causent et par l'irritation qu'elles produisent autour d'elles.

Elles baignent dans un liquide d'odeur forte, parfois repoussante, qu'elles sécrètent ou font sécréter au tissu enflammé qui les entoure.

Neuf fois sur dix la grossesse en est la cause; en dehors de la puerpéralité elles accompagnent les écoulements abondants, comme par exemple, la vaginite.

Les végétations développées sous l'influence de la grossesse disparaissent spontanément après l'accouchement; celles qui accompagnent les écoulements génitaux se fanent et tombent après la guérison causale.

Elles sont essentiellement bénignes par elles-mêmes et ne sont en aucune façon de nature syphilitique ainsi qu'on le croyait autrefois.

Bénignes, elles peuvent être traitées par la cautérisation; on touche leur sommet à la teinture d'iode, au nitrate d'argent, ou mieux au nitrate acide de mercure, deux fois par semaine, et on les fait recouvrir matin et soir d'une poudre astringente (tannin, alun).

Confluentes, elles ne seront guéries que par l'ablation; la malade étant endormie, on les racle et enlève avec une curette tranchante, qui les détache sans difficulté, puis on cautérise au thermocautère leur point d'implantation. On a considéré ce traitement comme inutile et dangereux pendant la grossesse, et la plupart des accoucheurs préfèrent attendre la délivrance normale en faisant simplement usage de palliatifs, considérant le traitement comme inutile à cause de leur guérison spontanée pendant le postpartum, et dangereux

parce que l'opération peut provoquer le travail. Si le développement des tumeurs est peu considérable et la gêne peu accentuée, l'expectation sera en effet préférable, mais quand les tumeurs sont volumineuses, quand elles constituent une gêne réelle pour la femme, on aurait tort de ne pas intervenir. Par une opération faite au septième ou huitième mois, on peut remettre la vulve en état pour le moment de l'accouchement, et les chances de provoquer l'accouchement sont faibles, surtout avec la ressource des opiacés en cas de besoin.

11. ÉLÉPHANTIASIS

L'éléphantiasis, constitué par une inflammation chronique des lymphatiques avec dilatation de ces mêmes canaux, est fréquent

Fig. 173. — Éléphantiasis de la vulve. (Byford.)

Fig. 174. — Éléphantiasis du clitoris. (L. Mayer.)

dans les pays chauds, surtout aux Antilles, mais rare dans nos climats. Le point de départ étiologique en est encore inconnu.

L'affection se traduit par une hypertrophie plus ou moins considérable, tantôt généralisée à toute la vulve (fig. 173), tantôt localisée à certaines régions, au clitoris, par exemple (fig. 174).

Hypertrophie indolore, tantôt glabre, tantôt verruqueuse à sa surface, de consistance variable.

On peut rapprocher de l'éléphantiasis certaines hypertrophies causées par la syphilis, sorte d'éléphantiasis syphilitique, souvent localisé à une des petites lèvres.

Le seul traitement réellement efficace de l'éléphantiasis est l'ablation au bistouri.

12. FIBROME — MYOME — LIPOME — SARCOME

Le *sarcome* peut exceptionnellement se développer au niveau du vagin, de même que l'enchondrome sur le clitoris[1]. Il n'existe dans la science que quelques cas de ces tumeurs.

Fig. 175. — Fibrome de la grande lèvre. (Storer.)

Les *lipomes* développés dans le tissu cellulaire des grandes lèvres, quoiqu'un peu plus fréquents, sont encore des tumeurs peu communes.

Les *myomes* se développent au niveau de l'orifice inguinal externe dans la partie terminale du ligament rond; ils forment une petite tumeur lobulée, qui est souvent révélée par la grossesse, car elle augmente de volume sous l'influence de la puerpéralité. Cette tumeur doit être distinguée de la hernie inguinale de l'ovaire et d'une épiplocèle irréductible; la douleur spéciale de l'ovaire dans le premier cas, le cordon herniaire dans le second conduiront au diagnostic.

Les *fibromes* peuvent prendre naissance soit au niveau d'une grande lèvre (fig. 175), soit dans le vagin même (fig. 176), quand le volume est suffisant ils viennent dans ce dernier cas proéminer à l'orifice vulvo-vaginal (fig. 176).

Le diagnostic de ces tumeurs se fait facilement à un examen attentif; quant au traitement, il est essentiellement chirurgical et consiste dans l'ablation.

[1] Histoire de la courtisane vénitienne qui blessait ses adorateurs avec son clitoris cartilagineux (Bartholin).

13. CANCER

Le cancer vulvo-vaginal est tantôt primitif, tantôt secondaire.

Toutes les formes histologiques ont pu y être observées, toutefois l'épithélioma est de beaucoup la plus fréquente.

Le cancer secondaire succède le plus ordinairement à celui de l'utérus ; le néoplasme envahit de proche en proche, descendant le vagin et venant s'épanouir à la vulve.

Le cancer primitif tantôt succède au psoriasis, tantôt débute d'em-

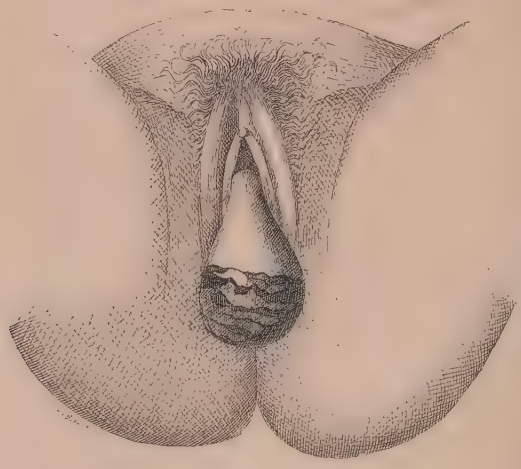


Fig. 176. — Fibrome du vagin proéminant à la vulve. (Mac Clintock.)

blée par une nodosité qui grossit progressivement, bientôt s'ulcère, prenant à partir de ce moment tantôt la forme ulcéreuse (pl. IX, fig. 1) qui creuse de plus en plus les tissus, tantôt la forme végétante (pl. IX, fig. 2), l'ulcération est cachée par un bourgeonnement actif. Ce sont les deux formes cliniques qu'on rencontre également au col utérin.

Le traitement sera simplement palliatif dans le cancer secondaire ; on se contentera d'injections désinfectantes et désodorantes, et de pansements pulvérulents. Dans le cancer primitif, quand la tumeur est circonscrite et peut être enlevée en totalité, l'ablation au bistouri sera indiquée.

PLANCHE IX

Fig. 1. — Cancer ulcéreux de la vulve.

(Péan : Musée de l'hôpital Saint-Louis.)

Fig. 2. — Cancer végétant de la vulve.

(Fournier : Musée de l'hôpital Saint-Louis.)

A. Lefèvre, Pinx & lith

V

TRAUMATISMES

SOMMAIRE

Variétés.
Traumatismes non obstétricaux.
Traumatismes obstétricaux.
Résultats et inconvénients.
Déchirure centrale.
Déchirure :
— simple ou périnéale.
— compliquée ou périnéo-anale.
Traitement. Périnéorraphie.
Moment de choix.
Procédé de choix.
1. Déchirure centrale.
2. Déchirure compliquée.
Méthode de Simon.
3. Déchirure simple.
Méthode de Simon.
Méthode de Lawson-Tait.

En dehors de l'accouchement les traumatismes génitaux résultent du coït ou d'accidents. Le vagin, quand il reçoit pour la première fois un membre viril relativement trop volumineux et trop impétueux, peut se rompre de préférence au niveau du cul-de-sac postérieur ; une hémorrhagie ou une inflammation bénigne, parfois grave, en est la conséquence ; il a déjà été question de la rupture de l'hymen et de la déchirure de l'orifice vulvo-vaginal, qui limitées constituent le phénomène normal de la défloration. Les autres traumatismes non obstétricaux susceptibles de blesser les organes génitaux sont nombreux, on a signalé l'empalement, un coup de corne de taureau, de chèvre, l'introduction de corps étrangers, etc.

Ces divers traumatismes seront traités comme toute blessure, alors que leur degré est suffisant pour nécessiter l'assistance médicale. L'hémostase sera faite par la forcipressure, la compression par le tamponnement, ou à l'aide de sutures. Les complications seront traitées selon leur nature.

J'arrive aux traumatismes obstétricaux, qui nous intéressent ici spécialement par leurs conséquences éloignées.

Quand la partie fœtale, généralement la tête, va franchir la vulve, si les tissus ne présentent pas une souplesse suffisante, une déchirure plus ou moins étendue du périnée se produit.

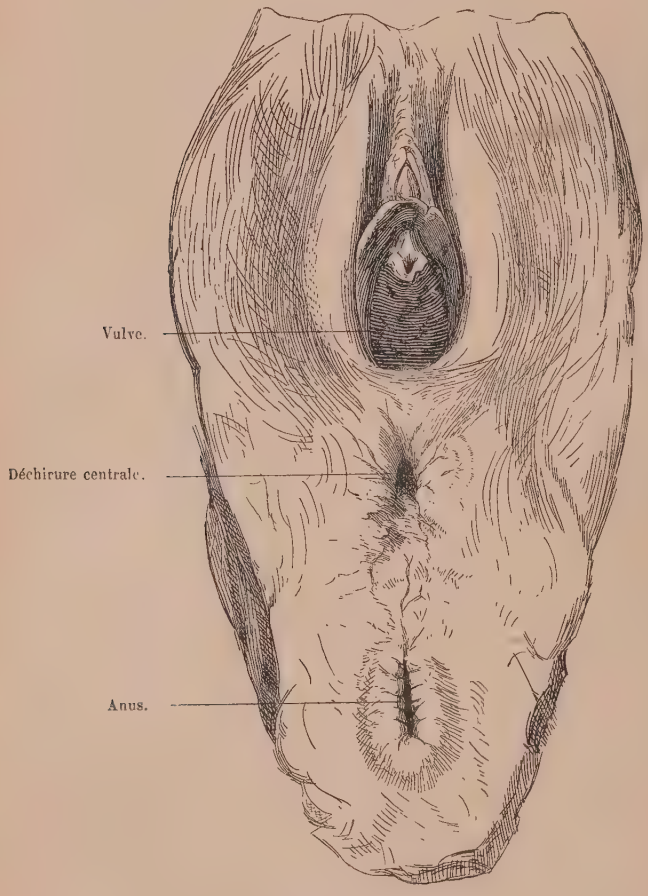


Fig. 177. — Déchirure centrale du périnée (J.-Y. Simpson).

Exceptionnellement la déchirure pourra être *centrale* (fig. 177), c'est-à-dire que le périnée éclatera en son milieu comme une étoffe trop tendue et le fœtus s'échappera au dehors par cette boutonnière.

Le plus souvent le déchirure est *marginale*, commençant à la fourchette, elle se dirige vers l'anus qu'elle peut entamer.

Si l'anus avec son sphincter est intact, on dit la déchirure *simple* ou *incomplète* ou périnéale (fig. 179).

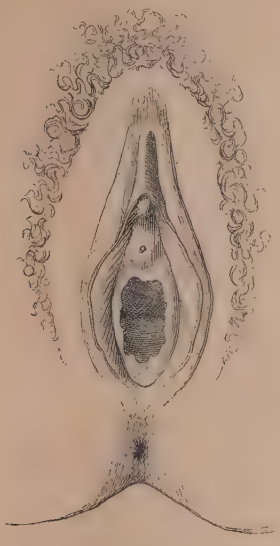


Fig. 178. — Périnée intact.

Fig. 179. — Déchirure simple.

Si au contraire, il est entamé, la déchirure est *compliquée* ou *complète* ou périnéo-anale (fig. 180). Dans ce dernier cas la solution de continuité peut remonter plus ou moins loin sur la paroi recto-vaginale.

La déchirure simple a un double inconvénient : celui d'exposer au prolapsus vagino-utérin, car les organes situés en arrière de l'orifice vulvo-vaginal n'ont plus leur soutien normal à ce niveau — puis celui d'ouvrir aux éléments pathogènes l'entrée du vagin dont l'occlusion n'existe plus; une inflammation peut en résulter, de même qu'une conjonctivite se produit, quand les paupières ne sont plus capables d'arriver à l'occlusion complète.

La déchirure compliquée ou périnéo-anale, outre les deux inconvénients qui précèdent et qui sont ici exagérés, en a

Fig. 180. — Déchirure compliquée.

encore un troisième l'incontinence des matières fécales, qui est due à la destruction du sphincter anal.

On voit, d'après ces inconvénients, combien il est important de remédier à la déchirure du périnée ; le traitement est exclusivement chirurgical.

L'opération destinée à réparer le périnée s'appelle *périnéorraphie*.

Une femme vient d'accoucher, elle a le périnée déchiré, la périnéorraphie est indiquée ; deux questions se posent.

A quel moment faut-il faire la périnéorraphie, et par quel procédé ? Question de temps et de procédé.

Ces deux questions sont encore très embrouillées et l'étudiant qui, par ses lectures, cherche à se faire une opinion à leur égard, est réellement à plaindre, car il semble que les auteurs se contredisent à plaisir.

A quel moment faut-il opérer ? De suite après la délivrance dira l'accoucheur, quelques semaines ou quelques mois après dira le chirurgien, chacun jugeant d'après sa propre expérience, qui se base sur des éléments différents.

Comment faut-il opérer ? Les procédés de périnéorraphie sont innombrables, beaucoup d'ailleurs sont bons ; chaque opérateur a voulu attacher son nom à une modification nouvelle ; le mode d'avivement, le mode de placement des sutures, le matériel même des sutures ont été variés à l'infini.

Aussi est-il impossible, et d'ailleurs parfaitement inutile, de faire l'exposé complet de ces deux questions ; je me bornerai à exposer ma pratique, libre à chacun de l'accepter ou de la modifier à son gré.

1. MOMENT DE CHOIX

Toutes les fois qu'après l'accouchement, il y a une déchirure du périnée, centrale ou marginale, de plus de 2 centimètres, il faut faire la périnéoraphie immédiate, même quand les lésions sont très étendues. Le seul inconvénient que puisse présenter la périnéoraphie en pareil cas est de ne pas réussir, et quelquefois on obtient la réunion immédiate alors qu'elle semblait devoir échouer. En tous cas comme la tentative est inoffensive, je ne vois aucun motif sérieux pour la rejeter.

Pour la périnéorraphie immédiate, employer le même procédé que pour la tardive, l'avivement seul est inutile, car les tissus venant d'être déchirés, sont naturellement avivés.

Si la périnéorraphie a échoué ou si pour une raison quelconque elle n'a pas été faite, la périnéoraphie tardive pourra être tentée aussitôt que l'inflammation locale, résultant du traumatisme, aura disparu, ordinairement après le retour de couches, c'est-à-dire six semaines environ après l'accouchement, ou à un moment ultérieur quelconque. Choisir autant que possible les huit jours qui suivent l'écoulement menstruel, afin d'éviter l'apparition du sang pendant la cicatrisation de la plaie opératoire.

2. PROCÉDÉ DE CHOIX

a. Déchirure centrale. — Sectionner la bride qui sépare de l'orifice vulvaire ; aviver soigneusement le trajet fistuleux, et suturer comme dans une périnéoraphie simple. Conduite ultérieure la même que dans cette dernière opération.

b. Déchirure compliquée (procédé de Simon-Hegar). — La malade sera énergiquement purgée l'avant-veille de l'opération, et de nouveau purgée légèrement la veille ; douze heures avant l'intervention, pilule d'extrait thébaïque de 0,05 centigr. Antisepsie de la vulve et du vagin suivant le procédé ordinaire, lavage abondant du rectum avec une solution d'acide borique à 4 p. 100.

La malade étant endormie et placée en position vulvaire, une valve assez large sera appliquée à la partie supérieure de la vulve, et une plus étroite dans l'anus, l'une et l'autre seront tenues par un aide. Irrigation continue.

L'avivement sera fait comme l'indique la figure 181 en forme de papillon ; on soignera particulièrement cet avivement à l'angle supérieur de la cloison recto-vaginale déchirée.

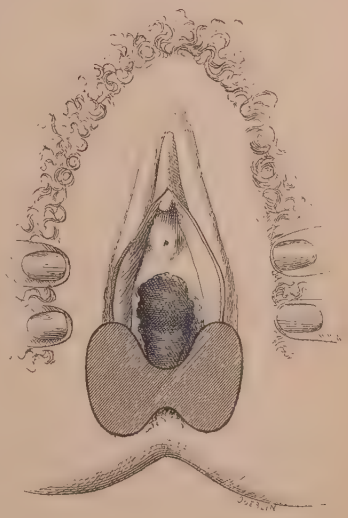


Fig. 181. — Avivement de la périnéorraphie pour déchirure compliquée.

L'avivement terminé et bien égalisé aux ciseaux, on placera les sutures à la soie et au catgut.

La figure 182 représente schématiquement la façon dont les sutures doivent être placées.

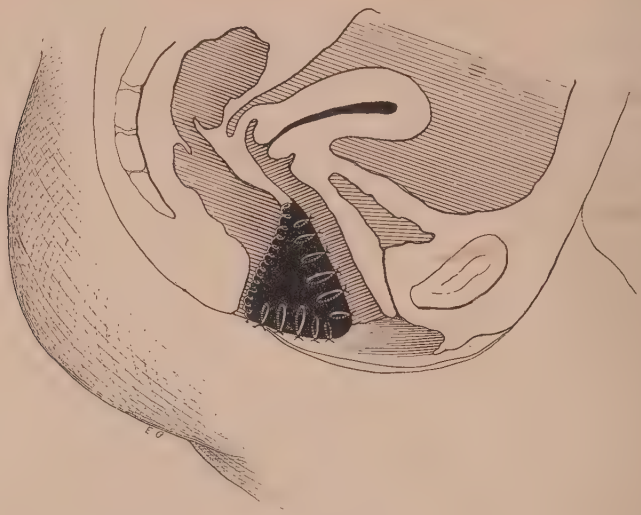


Fig. 182. — Placement des sutures dans la périnéorraphie pour déchirure compliquée.

1° *Suture continue au catgut* pour réunir d'un côté à l'autre la paroi recto-anale.

2° *Suture interrompue à la soie*, du côté du vagin, comprenant les tissus jusqu'au niveau de la suture au catgut.

3° *Suture interrompue à la soie*, tout le long du périnée, s'enfonçant vers la partie moyenne à 3 centimètres, et les autres devenant plus superficielles à mesure qu'on s'approche de la fourchette ou de l'anus.

Pansement du vagin et du périnée à la gaze iodoformée. Introduction d'un petit tube en caoutchouc dans l'anus, pour permettre aux gaz de s'échapper sans effort.

Soins consécutifs : Cathétérisme vésical 2 à 3 fois par 24 heures. Alimentation exclusive au lait. —Tous les soirs une pilule d'extrait thébaïque de 0,05 centigr. Le neuvième jour purgation, accompagnée d'un lavement glycériné. Ce lavement serait donné plus tôt si la malade éprouvait le besoin d'aller à la selle.

Le dixième jour, on enlève les fils périnéaux.

Le quinzième jour, les fils vaginaux, en soulevant la paroi vagi-

nale supérieure à l'aide d'un spéculum de Sims. A ce moment reprise de l'alimentation ordinaire.

Lever le vingtième jour.

Quarantaine sexuelle au moins pendant deux mois.

c. Déchirure simple (procédés de Simon et de Lawson-Tait). — J'emploie à peu près indifféremment les procédés de Simon et de Lawson-Tait, préférant celui de Simon quand la partie inférieure de l'orifice vulvaire est irrégulière, cicatricielle, et celui de Lawson-Tait dans le cas contraire ou quand le plancher périnéal est peu résistant.

Les précautions *ante* et *post*-opératoires sont les mêmes que celles qui viennent d'être indiquées pour la déchirure compliquée, bien qu'ici leur importance soit moindre.

1° PROCÉDÉ DE SIMON

Anesthésie et irrigation continue.

Avivement en as de pique renversé comme l'indique la figure 183.

Fig. 183. — Périnéorraphie pour déchirure simple, avivement et passage des sutures.

Sutures exclusivement à la soie ou au crin de Florence, les unes

vaginales, les autres périnéales, comprenant toute l'épaisseur des tissus avivés.

Ablation des fils périnéaux le dixième jour et des fils vaginaux le quinzième.

2° PROCÉDÉ DE LAWSON-TAIT

Avivement au bistouri[1] suivant la direction indiquée par la figure 184. Cet avivement, fait perpendiculairement à la surface périnéale, aura de 3 à 6 centimètres de profondeur sur la ligne médiane, et ira en diminuant petit à petit jusqu'aux confins de l'incision.

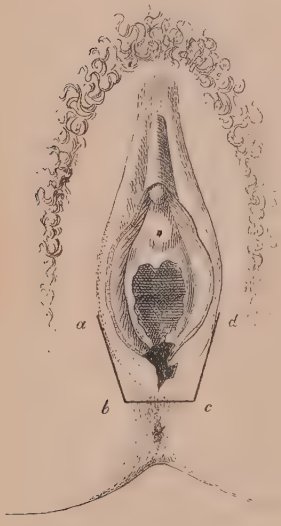


Fig. 184. — Avivement, ligne *abcd*.

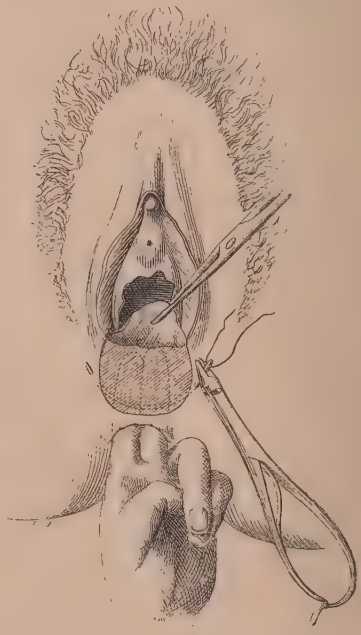


Fig. 185. — Passage des sutures.

Suture interrompue à la soie ou au crin de Florence, réunissant les tissus transversalement, allant successivement de bas et haut. Une suture tous les centimètres environ.

Les tissus, comme on le voit, ont été divisés par une plaie transversale, qu'on transforme grâce aux sutures en plaie verticale. On

[1] Je préfère le bistouri aux ciseaux, bien que Lawson-Tait emploie ces derniers.

augmente donc la longueur du périnée (d'anus à vulve) au détriment de sa largeur (d'un ischion à l'autre).

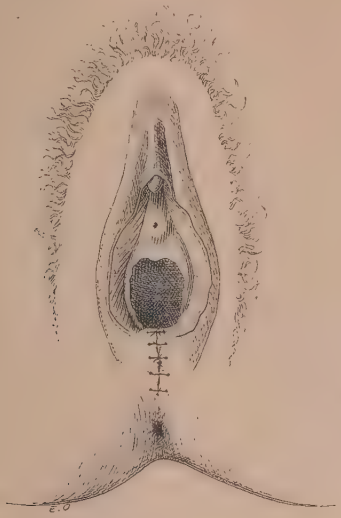


Fig. 186. — Sutures serrées.

On enlèvera les sutures vers le dixième jour, à moins que les tissus n'aient tendance à être coupés, auquel cas on les détacherait plus tôt.

VI

PARASITES, NÉVRALGIES, PRURIT

PARASITES

Les parasites rencontrés au niveau des organes génitaux sont nombreux, mais leur importance est secondaire, je me contente de les mentionner : Trichomonas vaginalis; — oïdium albicans; — oxyures; — sarcines; — champignons du diabète; — leptomitus vaginalis; — pediculi pubis; — acarus de la gale; — leptothrix vaginalis.

NÉVRALGIES

Les névralgies vulvo-vaginales se traduisent par de l'*hyperesthésie* ou du *prurit*.

L'hypéresthésie vulvo-vaginale est parfois telle que le contact du doigt et à plus forte raison celui d'un instrument est excessivement pénible à la femme. Cette hypéresthésie se rencontre souvent chez les hystériques, et phénomène assez particulier qu'il m'a été donné d'observer chez quelques nerveuses qui voulaient bien me renseigner à cet égard, l'hypéresthésie qui existe parfois très vive à l'examen est nulle au point de vue pathologique pendant le coït ; il semble que dans ces cas l'excitation sexuelle fasse disparaître la sensibilité douloureuse de la zone génitale pour ne laisser que la sensibilité voluptueuse.

Cette hypéresthésie peut être tantôt symptomatique et dépendre d'une maladie génitale ou d'un système plus éloigné, tantôt idiopathique, c'est-à-dire se montrant dans un organisme sain. Dans le premier cas, on traite la cause, dans le second on aura recours soit aux applications d'une solution cocaïnée à $\frac{1}{10}$, soit à l'électricité galvanique ou faradique. Nous retrouverons cette sensibilité anormale à l'étude du *vaginisme*, qui sera faite en détails au chapitre réservé à la stérilité (chap. XIV).

La seconde manifestation des névralgies génitales est le prurit.

PRURIT

Le prurit génital est une démangeaison désagréable et parfois insupportable que la femme éprouve au niveau de la vulve.

La sensation est comparée à une brûlure, à un fourmillement, à une reptation, à un chatouillement douloureux.

Le prurit est rarement continu, il se montre le plus souvent par accès. Il est quelquefois assez violent pour rendre la vie intolérable, et plonger la femme dans un véritable état de mélancolie.

A l'examen de la vulve, on ne trouve aucune lésion appréciable, cependant le frottement et le grattage, causés par l'affection même, parsèment la vulve d'excoriations, de telle sorte que les téguments s'enflamment et se durcissent petit à petit.

Ce prurit, qui est parfois un effet de l'onanisme, peut également en être la cause par les frottements qu'il provoque.

La grossesse le produit assez souvent, probablement par l'intermédiaire des modifications circulatoires qu'elle amène, car le prurit cesse avec la délivrance.

Au point de vue étiologique le prurit a été divisé en deux catégories.

Symptomatique, d'une affection génitale, de la présence de parasites, de la grossesse dont il vient d'être question, du diabète par les champignons contenus dans l'urine.

Idiopathique, c'est-à-dire ne pouvant être rattaché à aucune cause appréciable, sinon à une névralgie.

Traitement. — *Prurit symptomatique.* — Faire disparaître la maladie causale. S'il s'agit de la grossesse, attendre l'accouchement et prescrire des lotions avec de la cocaïne à $\frac{1}{10}$, ou des lavages avec de l'eau à 50 degrés.

Prurit idiopathique. — Applications cocaïnées. Electricité faradique ou galvanique. Burns et Simpson ont essayé la section du nerf honteux interne. — Kustner, dans les cas de prurit local, a conseillé et pratiqué avec succès la résection de la muqueuse, source des sensations pénibles. — Le traitement général par l'hydrothérapie et le bromure de potassium ne devra pas être négligé.

CHAPITRE V

GÉNITALITE

INFLAMMATION UTÉRINE ET PÉRIUTÉRINE

MÉTRITE — SALPINGITE — OVARITE
PELVI-CELLULITE — PELVI-PÉRITONITE

SOMMAIRE

Généralités.

I. *Anatomie normale et pathologique; symptomatologie.*

Utérus.

Anatomie normale et pathologique. — Symptomatologie.

Trompes et ovaires.

Anatomie normale et pathologique. — Symptomatologie.

Tissu cellulaire et péritoine.

Anatomie normale et pathologique. — Symptomatologie.

II. *Pathogénie et étiologie.*

1. Métrite puerpérale.
2. — blennorrhagique.
3. — accidentelle.
4. — tuberculeuse.
5. — secondaire.
6. — crépusculaire.
7. — diathésique.
8. Congestion utérine.

III. *Diagnostic et traitement.*

a. Accidents aigus.

Diagnostic.

Métrite.
Salpingo-ovarite.
Pelvi-cellulite.
Pelvi-péritonite.

Traitement.

b. Accidents chroniques.

1° *Endométrite.*

Diagnostic. — Traitement.

2° *Métrite généralisée.*

Diagnostic. — Traitement.

3° *Salpingo-ovarite.*

Diagnostic. — Traitement.

4° *Pelvi-cellulite et pelvi-péritonite.*

Diagnostic. — Traitement.

5° *Suppurations complexes.*

Castration utérine.

GÉNITALITE

Un microbe pathogène est inoculé à la surface génitale, l'organisme va immédiatement lutter contre l'envahisseur par une réaction inflammatoire ; l'inflammation se trouve créée.

Cette inflammation, suivant le siège de l'inoculation, débute soit par la *vulve*, soit par le *vagin*, soit par l'*utérus*, surfaces exposées aux contacts extérieurs.

Le processus, d'abord localisé, peut s'étendre par le fait même de la pullulation microbienne, l'ennemi croissant avec la lutte et gagnant les tissus voisins. Cette extension se fait (fig. 187) :

Soit par la voie muqueuse ;
Soit par la voie lymphatique ;
Soit par la voie sanguine.

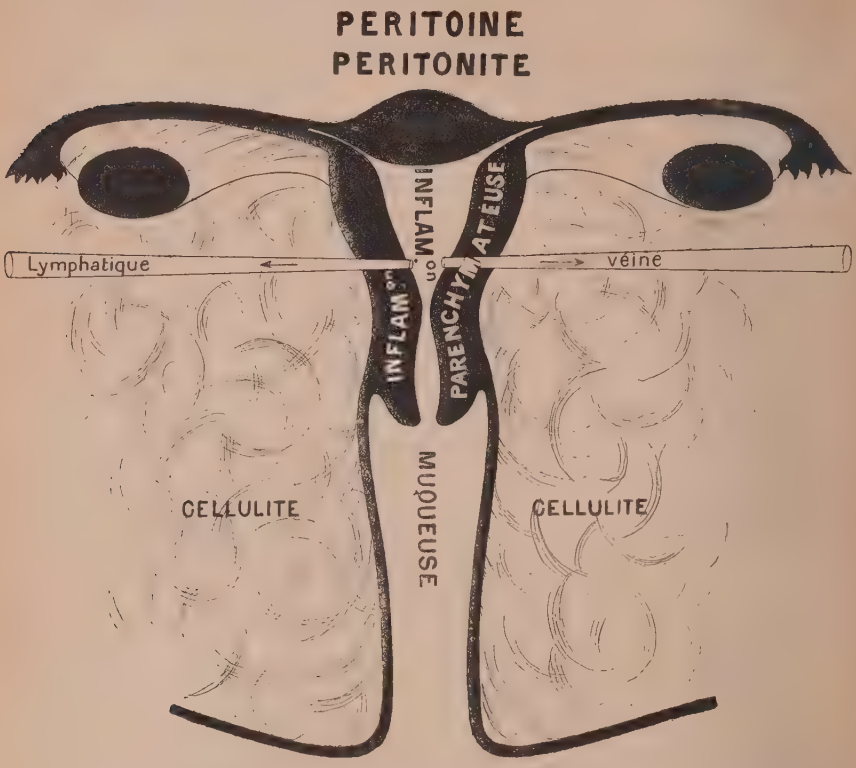
Voie muqueuse. — L'inflammation, qui a eu son point de départ à la vulve, par exemple, envahit successivement le vagin, l'utérus, les trompes, l'ovaire et enfin le péritoine.

Voie lymphatique. — L'inflammation ne se développe plus en surface mais en profondeur ; partie d'un point quelconque de la surface muqueuse des organes génitaux, soit de l'utérus, elle envahit le muscle utérin, puis le tissu cellulaire voisin pouvant aller jusqu'aux ganglions (pelviens ou lombaires), où aboutissent des lymphatiques de la région.

Voie sanguine. — Si le microbe envahit la circulation sanguine, il donne lieu aux accidents lointains de la pyohémie.

Ces diverses inflammations, dont nous excepterons la pyohémie,

qui n'a rien de spécial aux organes génitaux, prennent, suivant l'organe atteint, les noms suivants :



Continuité de la surface génitale, avec les vaisseaux (veine et lymphatique) qui en partent. — Le péritoine et le tissu cellulaire forment l'enveloppe de l'appareil génital.

Coupe du canal génital (vagin, utérus ou trompe) perpendiculaire à sa direction, et schématisant l'inflammation des parties qui la constituent.

Fig. 187. — Schéma de l'inflammation génitale ou génitalite.

Vulve. . . .	vulvite.
Vagin. . . .	vaginite.
Utérus . . .	métrite [1].
Trompe . . .	salpingite.
Ovaires . . .	ovarite.
Péritoine . .	pelvi-péritonite.
Tissu cellulaire .	pelvi-cellulite.

Leur ensemble constitue la *génitalite*, c'est-à-dire l'inflammation des organes génitaux.

Les relations intimes de ces diverses inflammations, la fréquence de leur coexistence, nécessite une description commune, les isoler est un contresens clinique. Toutefois la vulvite et la vaginite ayant été décrites, et connaissance étant faite avec elles, nous verrons dans ce chapitre la *métrite*, la *salpingite*, l'*ovarite*, la *pelvi-peritonite* et la *pelvi-cellulite*.

Avant d'aborder cette description, il est indispensable d'ouvrir une parenthèse terminologique ; il est en effet une série de dénominations d'ailleurs inutiles et encombrantes, mais qui sont malheureusement presque classiques, et avec lesquelles, tout en souhaitant leur disparition, il faut se familiariser sous peine de ne rien comprendre aux publications gynécologiques passées et présentes.

Tout organe génital, sauf l'ovaire, a :

Une surface muqueuse — *endo;*

Une paroi musculaire — *méso* ou *myo* ;

Des tissus avoisinant ou enveloppant — *péri.*

J'ai placé en regard de chaque partie constituante la désinence qui en spécifie l'inflammation. Je m'explique :

Vagin.	Inflammation	de la muqueuse.	Endovaginite.
	—	de la paroi . .	Méso ou myovaginite.
	—	périphérique . .	Périvaginite.
Utérus.	—	de la muqueuse .	Endométrite.
	—	de la paroi . .	Méso ou myométrite.
	—	périphérique . .	Périmétrite.
Trompe.	—	de la muqueuse .	Endosalpingite.
	—	de la paroi . .	Méso ou myosalpingite.
	—	périphérique . .	Périsalpingite.

Synonymies :

Endométrite : métrite muqueuse, métrite interne, métrite catarrhale.

[1] μητρα, utérus.

Myométrite : métrite parenchymateuse, métrite interstitielle.

Endosalpingite : salpingite muqueuse, interne ou catarrhale.

Myosalpingite : salpingite parenchymateuse ou interstitielle.

Périmétrite : la confusion est ici à son comble, il existe une série de termes vagues dans l'esprit de beaucoup d'auteurs, tels : *paramétrite*, *perimétrite*, *inflammation circumutérine*, *phlegmon des ligaments larges*, *pelvi-peritonite*, *cellulite pelvienne*, *adéno-phlegmon*, *lympho-phlegmon*.

Tous ces termes se rapportent à deux affections distinctes :

1° Inflammation de la séreuse péritonéale. Pelvi-péritonite, *périmétrite ;*

2° Inflammation du tissu cellulaire pelvien. Pelvi-cellulite. *Inflammation circumutérine*, *phlegmon des ligaments larges*, *adéno-phlegmon*, *lympho-phlegmon*, *paramétrite*.

Les deux termes périmétrite et paramétrite présentent surtout une analogie trompeuse ; employés de préférence en Angleterre et aux Etats-Unis, ils indiquent :

Périmétrite. — L'inflammation du péritoine pelvien.

Paramétrite. — L'inflammation du tissu cellulaire pelvien.

Leur étymologie ne saurait d'ailleurs justifier cette distinction que l'usage seul a consacrée.

Nous allons successivement étudier :

L'*anatomie pathologique* de ces inflammations en rappelant les éléments de l'*anatomie normale* qui en sont la base, et en exposant les symptômes dépendant de chaque lésion ;

Leur *pathogénie* et *étiologie* avec l'allure clinique imprimée par chaque cause ;

Enfin leur *diagnostic* souvent délicat, qui nous conduira au traitement.

I

ANATOMIE NORMALE ET PATHOLOGIQUE SYMPTOMATOLOGIE

UTÉRUS

L'utérus est la portion du canal génital intermédiaire entre les trompes et le vagin.

La trompe le relie à l'ovaire et amène dans sa cavité l'ovule fécondé, qui doit s'y développer jusqu'au terme normal de la grossesse. Le vagin sert de trait d'union avec l'extérieur, permettant l'apport des spermatozoïdes fécondants et donnant passage au fœtus au moment de l'accouchement.

L'utérus est une sorte de poire musculaire, divisée en trois parties, le *corps*, le *col* et l'*isthme* qui les réunit l'un à l'autre.

Dimension : longueur totale extérieure, 6 centimètres.

Dans l'enfance les dimensions du col l'emportent sur celles du corps c'est le contraire chez la multipare adulte.

Poids : 40 grammes.

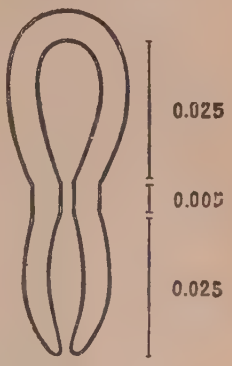


Fig. 188. — Dimensions des diverses parties de l'utérus.

La surface externe est recouverte (fig. 189), dans la plus grande partie de son étendue, par le péritoine, qui lui est particulièrement adhérent sur la ligne médiane. — *Latéralement*, surface d'insertion des ligaments larges ; *inférieurement*, portion intra-vaginale, accessible au

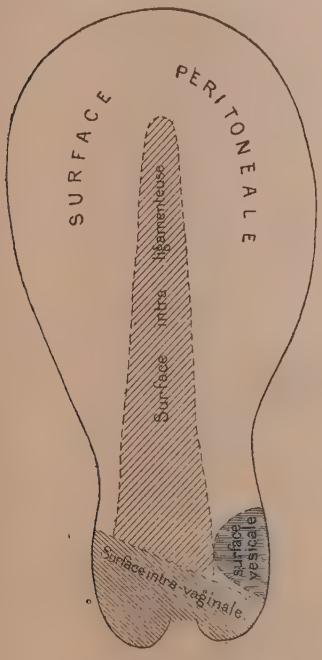


Fig. 189.
Topographie utérine.

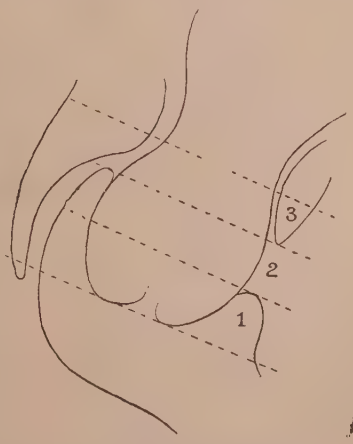


Fig. 190.
Rapports du col. (Schrœder.)

doigt et à la vue par l'intermédiaire de ce canal ; *en avant et en bas*,

petite région au contact de la vessie. Les rapports du col en avant et en arrière sont schématisés par la figure 190 (Schrœder).

L'utérus est percé d'une cavité qui en occupe le centre, et qui est tapissée d'une muqueuse continue en haut avec celle des trompes, en bas avec celle du vagin.

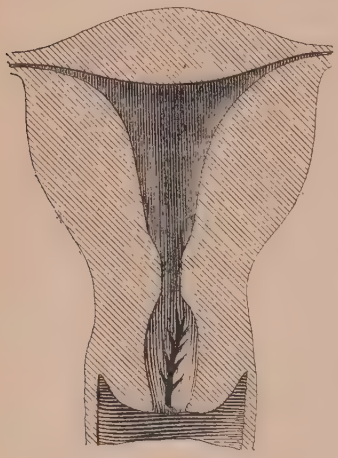


Fig. 191.
Configuration de la cavité utérine.

La cavité utérine se subdivise en trois régions, celle du corps, celle du col, reliées l'une à l'autre par le défilé de l'isthme (fig. 191).

La paroi de l'utérus, bordée dans la cavité par la muqueuse et à la périphérie dans la plus grande partie de son étendue, par la séreuse, est composée de fibres musculaires lisses ; l'épaisseur de cette paroi est d'un centimètre environ.

La muqueuse utérine présente une épaisseur de 2 à 3 millimètres, augmentant légèrement au moment de la menstruation.

Elle est rose dans la cavité du corps, blanche dans celle du col et redevient rose à l'orifice externe où elle se continue avec la muqueuse du vagin.

La structure diffère suivant la région utérine :

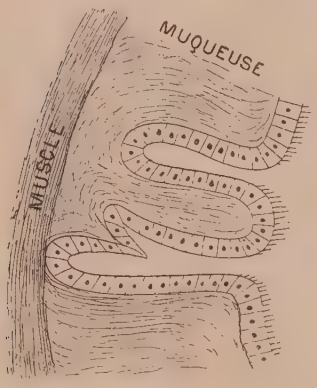


Fig. 192.
Muqueuse du corps de l'utérus.

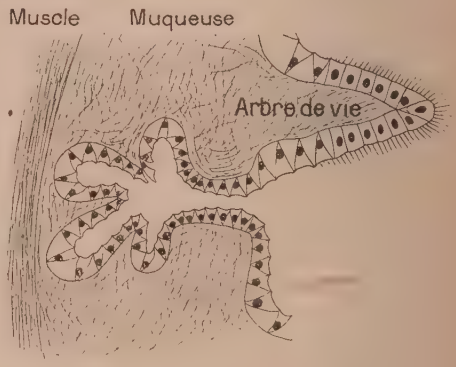


Fig. 193.
Muqueuse du col de l'utérus.

Corps : Epithélium cylindrique avec cils vibratiles, glandes en

tube simples pour la plupart, quelques-unes ramifiées — sécrétion d'un mucus très peu abondant, alcalin, transparent et légèrement visqueux.

Isthme : même structure que le corps.

Col : Epithélium caliciforme sans cils vibratiles, sur la saillie des arbres de vie l'épithélium redevient cylindrique et muni de cils vibratiles ; glandes en grappe avec épithélium caliciforme, sécrétion d'un mucus assez abondant, alcalin, transparent, fortement visqueux, adhérent à la paroi cervicale, dont il est difficile de le détacher. Ce mucus obstrue en quelque sorte l'entrée de la cavité utérine, il est le *concierge* de l'utérus, et isole la cavité du corps de celle du vagin. Son alcalinité est propice à la vie des spermatozoïdes, et rend la cavité cervicale hospitalière à l'élément fécondant masculin.

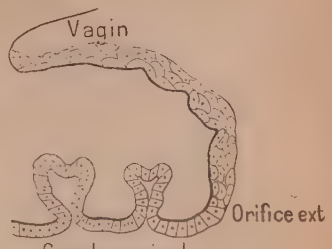


Fig. 194.
Coupe du col utérin.

Surface vaginale du col : A l'orifice externe les caractères de la muqueuse changent brusquement, les glandes disparaissent, l'épithélium de cylindrique devient pavimenteux stratifié, et abrite des papilles assez volumineuses ; en somme la structure s'identifie avec celle de la muqueuse vaginale (fig. 194).

Fig. 195. — Col normal.

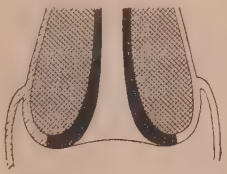


Fig. 196. — Ectropion léger.

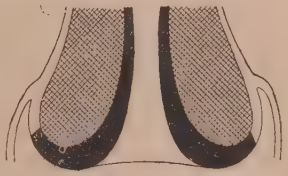


Fig. 197. — Ectropion moyen.

Fig. 198. — Ectropion accentué.

Qu'un microbe pathogène soit inoculé à la surface muqueuse de l'utérus, le plus souvent à l'entrée de la cavité cervicale et on va assister au développement de l'endométrite, qui plus tard aboutira à la métrite.

L'inflammation, d'abord limitée à la surface de la muqueuse, va pénétrer dans les glandes, qui deviennent autant de repaires microbiens, et de là se propager au stroma de la muqueuse. De la muqueuse elle

s'étendra ultérieurement par la voie lymphatique au muscle utérin ; à ce moment l'endométrite se complique de myométrite.

La muqueuse, sous l'influence du processus inflammatoire, se boursoufle, s'hypertrophie, et, trop volumineuse pour être contenue dans la cavité cervicale, elle fait hernie à travers l'orifice externe qui s'ouvre et se dilate pour la laisser passer. Ainsi se constitue l'*ectropion de la muqueuse cervicale*, dont le mode de formation est expliqué par les figures 195 à 198.

Si on fait une coupe parallèle à l'axe de l'utérus sur le col en

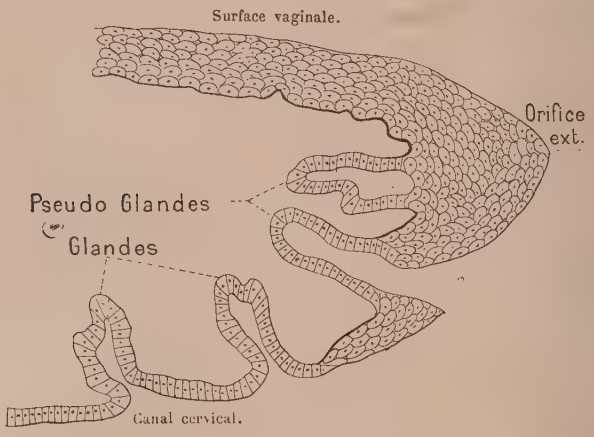


Fig. 199. — Col enflammé en ectropion.
(Comparer avec la figure 194 ou le col est normal.)

ectropion, on trouve, ainsi que l'a indiqué Doleris [1], l'aspect suivant, représenté par la figure 199. On voit sur cette figure en allant de gauche à droite :

Deux glandes intra-cervicales enflammées ;

Une glande au niveau de la muqueuse en ectropion, dont l'origine est enfouie au milieu d'épithélium pavimenteux. C'est l'épithélium de la surface vaginale du col qui par envahissement concentrique est venure couvrir la surface de l'ectropion qui baigne dans le vagin.

Une autre glande de la muqueuse cervicale en ectropion, dont l'orifice a été absolument comblé par l'épithélium pavimenteux, de telle sorte qu'elle est transformée en une cavité kystique. Ce pe kyste contient un liquide muco-purulent, il varie comme grosseur

[1] *Nouvelles arch. d'obstétrique*, 1889, p. 461.

d'une tête d'épingle à une lentille; on l'a encore désigné sous le nom d'*œuf de Naboth*. Ces petits kystes sont très fréquents dans l'endométrite cervicale, ils donnent au doigt qui pratique le toucher la sensation d'une série de noyaux minuscules enveloppés dans une gangue de tissus mous.

L'orifice externe est, comme on le voit dans la figure 199, très éloigné de sa situation normale.

Quand on examine les planches coloriées X et XI, on se rend compte des aspects variés que peut prendre l'ectropion inflammatoire.

La figure 1 de la planche X mise ici par comparaison appartient à une autre maladie, à l'inflammation de la surface vaginale du col, c'est de la *vaginite du col*, et non de l'endométrite avec ectropion comme les figures suivantes. Elle fait partie de la description de la vaginite et non de celle de l'endométrite.

La différence d'aspect de ces divers cols provient de traumatismes antérieurs dépendant la plupart de l'accouchement, du volume de l'ectropion, de son étendue, de l'abondance des kystes glandulaires qui, dans la dernière figure, par exemple, donnent presque un aspect végétant à la lésion.

Toutes ces lésions étaient englobées autrefois sous le nom générique d'

Ulcérations du col.

Mais par ce qui a été dit à propos de la description histologique qui nous a montré au contraire à leur surface une épaisse couche d'épithélium, on s'aperçoit que c'est une *fausse*, une *pseudo-ulcération*. L'aspect macroscopique a induit en erreur, ainsi que l'a prouvé le microscope. Nous verrons à propos du diagnostic qu'il existe des ulcérations du col (syphilis, chancre mou, cancer), mais elles diffèrent comme nature du processus inflammatoire que nous étudions actuellement.

Dans quelques cas relativement rares, l'orifice externe, en quelque sorte sténosé, demeure fermé empêchant l'ectropion de la muqueuse, l'endométrite reste alors intra-cervicale, et le spéculum ne peut révéler les lésions à l'œil explorateur.

Le processus inflammatoire ne reste pas limité à la muqueuse cervicale, mais rampant de la superficie vers la profondeur, ne tarde pas à envahir tout le revêtement utérin. Toute la muqueuse bour-

soufflée hyperplasiée, hypertrophiée, comble et distend le muscle utérin, d'où l'augmentation de volume de l'organe en entier, même en l'absence de myométrite, qui ne tarde pas, il est vrai, à survenir si le processus n'est pas arrêté dans sa marche envahissante.

La muqueuse malade donne lieu à un écoulement tantôt muco-purulent, tantôt sanguin, vulgairement désigné sous le nom :

De pertes blanches ;

De pertes rouges.

Les *pertes blanches* sont tantôt blanchâtres, tantôt jaunâtres, tantôt jaune verdâtre. La coloration dépend de la proportion du mucus et du pus. La faible abondance de pus se traduit par la coloration blanchâtres, et à mesure que les globules purulents augmentent de quantité, le liquide devient jaune, puis verdâtre. Gluance analogue à celle du blanc d'œuf, c'est la consistance normale du mucus utérin et en particulier du mucus cervical. La gluance diminue proportionnellement à l'abondance du pus.

Les *pertes rouges*, sang plus ou moins mélangé à l'écoulement muco-purulent, se traduisent tantôt par une plus grande abondance de règles, tantôt par de véritables hémorrhagies intermenstruelles. La muqueuse en ectropion saigne assez difficilement au contact du doigt explorateur, élément diagnostic important avec le cancer où on

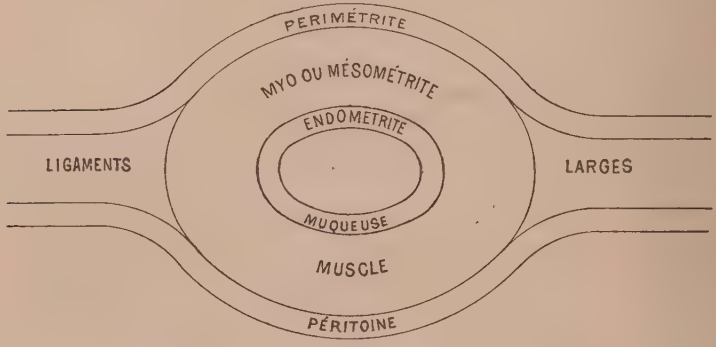


Fig. 200. — Schéma de l'inflammation utérine.

observe au contraire l'hémorrhagie facile. Par contre l'introduction de l'hystéromètre dans la cavité utérine provoque le plus souvent une hémorrhagie, mais d'habitude légère.

Aux lésions de la muqueuse ne tardent pas à succéder celles du muscle utérin, désignées sous le nom de myométrite, mésométrite,

métrite parenchymateuse ou interstitielle. Dans une première période on n'observe que de la congestion augmentant notablement le volume de l'organe, qui atteint quelquefois jusqu'à la grosseur du poing. Puis il y a infiltration d'éléments embryonnaires, localisés surtout au pourtour des vaisseaux ; ces éléments embryonnaires se transforment après un temps variable en éléments fibreux, emprisonnant, étouffant le muscle utérin, et amenant la sclérose de l'organe, dernière phase de la métrite.

Le processus est le plus souvent étendu à tout le muscle utérin, avec prédominance tantôt au niveau du corps, tantôt au niveau du col. Il est exceptionnel qu'il soit localisé en une région de l'utérus à l'exclusion de l'autre.

En résumé, le processus marche d'habitude de la façon suivante : début par la muqueuse cervicale, envahissement de la muqueuse corporéale, puis atteinte du muscle utérin ; par la suite l'inflammation gagne le tissu périphérique. — Mais avant d'étudier cette inflammation périutérine voyons les *symptômes de la métrite*.

On a essayé pour jeter quelque lumière sur cette question complexe de distinguer plusieurs variétés de métrites, les voici résumées sous forme de tableau :

I. — *Métrites non kystiques :*

a. Muqueuses :

1° Catarrhale. . . Hydrométrite.
2° Hémorrhagique. Hématométrite.
3° Purulente. . . Pyométrite.

b. Parenchymateuse ou interstitielle.

II. — *Métrites kystiques :*

1° Hydrométrie ;
2° Hématométrie ;
3° Pyométrie.

Les métrites kystiques seront étudiées à propos des tumeurs génitales ; je les élimine.

Quant aux variétés de métrites non kystiques, celles qu'on désigne communément sous le nom générique de métrites, les divisions qu'on a essayées de leur imposer reposent sur la prédominance d'un symptôme ou d'une lésion, et ne méritent pas d'être conservées.

La métrite est une, avec des variantes.

Interrogatoire :

Douleurs.	1
Pertes.	2
Phénomènes généraux et sympathiques.	3

Examen direct.

Exploration digitale.	4
Exploration instrumentale.	5
Marche et terminaison.	6

1° La *douleur* est faible, parfois nulle quand la muqueuse est

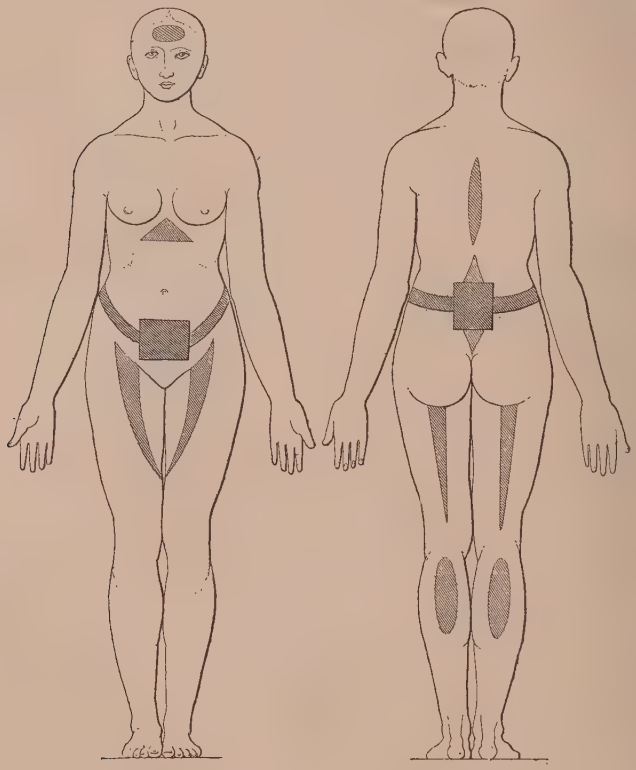


Fig. 201. Face antérieure du corps.

Fig. 202. Face postérieure du corps.

Zones douloureuses dans la métrite.

seule prise, mais elle s'accentue aussitôt que le muscle est atteint.

Ceinture douloureuse partant en arrière des régions lombaires et

sacrées (*douleur de reins*) passant par les flancs et aboutissant à l'hypogastre.

Irradiations fréquentes sur le trajet du crural (douleurs dans les aines, à la face antérieure des cuisses) et sur celui du sciatique (douleurs sur le trajet de ce nerf).

La *coccygodynie* ou douleur limitée au coccyx, qui peut dépendre d'une lésion même de cet os ou d'une maladie du voisinage, est une compagne assez fréquente des métrites anciennes.

Gastralgies, névralgie intercostale, palpitations, céphalalgie, névralgies diverses.

2° Les *pertes* ont déjà été mentionnées : tantôt muco-purulentes, tantôt sanguines.

Il ne faut pas omettre d'interroger les femmes sur les pertes blanches, qui constituent parfois l'unique symptôme révélateur d'une endométrite légère.

Toute femme qui perd par la vulve du muco-pus a les organes génitaux malades; si ce muco-pus est visqueux, l'origine utérine est à peu près certaine, il y a de la métrite; l'examen direct complétera le diagnostic.

Parfois l'écoulement est tellement faible qu'il passe inaperçu pour certaines malades inattentives. Aussi de ce qu'une femme dit qu'elle n'a pas de leucorrhée, il ne faut pas conclure à l'absence de métrite, bien que métrite et leucorrhée soient inséparables, mais il faut chercher cette leucorrhée, la dénicher. C'est dans ce but que Schultze a préconisé ce qu'il a appelé le « *probe-tampon* ». Faites un nettoyage sérieux du vagin, appliquez sur le col un tampon de coton hydrophile, laissez-le vingt-quatre heures en place, quand vous le retirez, s'il existe de la métrite, vous le verrez dans la portion qui était au contact du col imbibé de muco-pus ; c'est la signature de l'endométrite. Du moment où la muqueuse utérine secrète du muco-pus, c'est qu'elle est malade.

Les hémorrhagies génitales sont tantôt de faible importance, tantôt au contraire constituent le phénomène dominant parfois unique. On voit aussi de temps en temps des femmes atteintes d'endométrite qui viennent réclamer le secours médical uniquement parce que, suivant leur expression, « elles sont constamment dans le sang ». Avec un curage utérin tout rentre dans l'ordre.

3° Les *phénomènes sympathiques* sont nombreux dans la métrite,

et on les devine sans peine, quand on pense à l'importance de l'utérus dans l'organisme féminin.

Ce sont d'abord les deux organes voisins, la vessie et le rectum, qui ont souvent à souffrir de la maladie utérine. Ténesme vésical pouvant aller jusqu'à une véritable cystite. Du côté du rectum, ténesme ou constipation. Les malades de l'utérus digèrent mal, elles ont du tympanisme abdominal ; la langueur des fonctions digestives conduit à l'abattement et à l'amaigrissement.

Parfois la respiration se fait avec certaine peine, la malade sent de l'oppression, qui jointe aux palpitations fait croire à une maladie de cœur. On a signalé une toux réflexe d'origine utérine, guérissant avec l'utérus.

La métrite enfin, comme toute affection génitale, retentit avec intensité sur le système nerveux et chez les femmes prédisposées amène l'essor des manifestations hystériques les plus diverses. L'hystérie est une déséquilibration du système nerveux qui peut se produire spontanément, qui existe congénitalement chez certains sujets, mais que les maladies du système génital, et la métrite en particulier, facilitent et exagèrent. Ces phénomènes nerveux se traduisent parfois dans les cas anciens par un anéantissement de la volonté, un découragement insurmontable, un véritable dégoût de la vie.

4° L'*exploration digitale* consiste dans le toucher vaginal combiné avec la palpation abdominale, qui en constitue le compagnon indispensable.

L'utérus est :

Gros, corps et col ;

Sensible ;

Souvent *dévié ;* la déviation est une complication accompagnant, entretenant et aggravant la métrite. Toutes les déviations peuvent coexister, elles seront étudiées dans un chapitre distinct, indépendamment de la métrite.

L'utérus est mobile à moins de complication périutérine, mais cette mobilité est diminuée par le fait même de l'augmentation de volume.

5° Au *spéculum* on aperçoit le col malade tel qu'il a été décrit précédemment.

L'*hystéromètre* révèle une augmentation de la cavité utérine qui mesure 7, 8, 9 ou 10 centimètres ; mais il faut autant que possible

éviter l'emploi de cet instrument, car, dans la pluralité des cas, il est inutile au diagnostic, et son emploi même doux et aseptique expose à des accidents hémorrhagiques et septicémiques.

6° La *marche* de la métrite varie beaucoup avec la cause et le traitement ; il nous suffira de tracer la différence, suivant que la forme est *aiguë* ou *chronique*.

Aiguë. — La douleur est vive et rappelle celle de la péritonite, avec vomissements, fièvre. L'utérus est gros et très douloureux. Tout l'organe a été rapidement envahi par l'élément microbien. Elle s'observe le plus souvent pendant le postpartum. Après deux ou trois semaines les symptômes aigus se calment et la forme chronique se constitue.

Chronique. — La maladie évolue lentement ; le muscle est pris après la muqueuse, le plus souvent avec quelque complication périutérine. L'utérus se sclérose et les lésions restent stationnaires, ainsi que les symptômes qui en dépendent avec quelques variations et intermittences insignifiantes. Dans tous ces cas la stérilité est la règle, cependant dans les formes légères on voit parfois la conception survenir, mais l'avortement est habituel, il est dû aux obstacles mêmes que trouve l'œuf à se développer dans l'utérus pathologique.

Il existe encore une endométrite, qui ne surviendrait qu'avec la conception atteignant par conséquent les caduques, et amenant comme la métrite ordinaire soit l'avortement, soit des adhérences entre l'œuf et la paroi utérine, qui se traduiront par la rétention partielle ou totale des annexes ovulaires au moment de l'accouchement. Cette endométrite gravidique ne doit pas être confondue avec celle qui survient pendant le postpartum et qui sera étudiée ultérieurement.

TROMPES ET OVAIRES

La trompe est le canal long de 12 centimètres qui mène de l'ovaire à la cavité utérine (fig. 203). L'ouverture dans l'utérus est ponctiforme et ne mesure qu'un millimètre de diamètre ; l'élargissement est progressif jusqu'au niveau du pavillon dont le diamètre est de 2 centimètres environ. La trompe constitue donc une sorte de réservoir mobile et capricieux, qui doit saisir l'ovule à la sortie de l'ovaire pour le conduire jusqu'à l'utérus.

Une coupe de la trompe perpendiculaire à son axe (fig. 204) montre qu'elle se compose de trois couches :

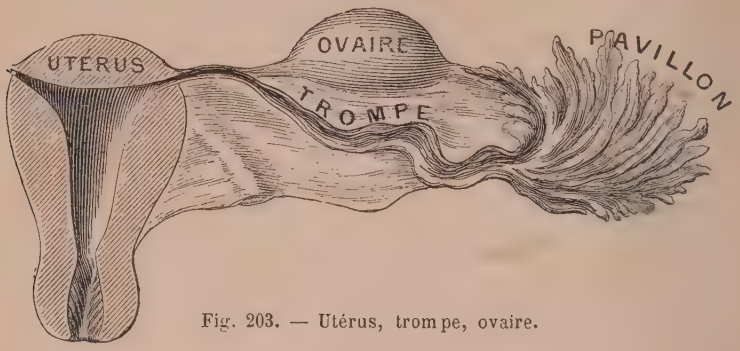
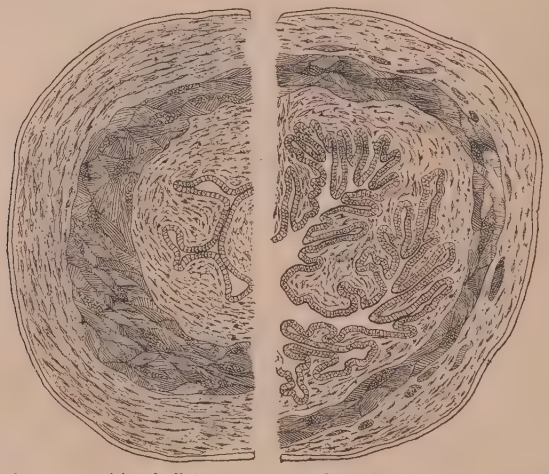


Fig. 203. — Utérus, trompe, ovaire.

Une périphérique *séreuse*, incomplète puisqu'elle manque en bas vers le ligament large.

Une moyenne *musculaire* (fibres lisses) longitudinale superficiellement, circulaire vers la muqueuse. Les fibres longitudinales sont en continuation directe avec celles de l'utérus.



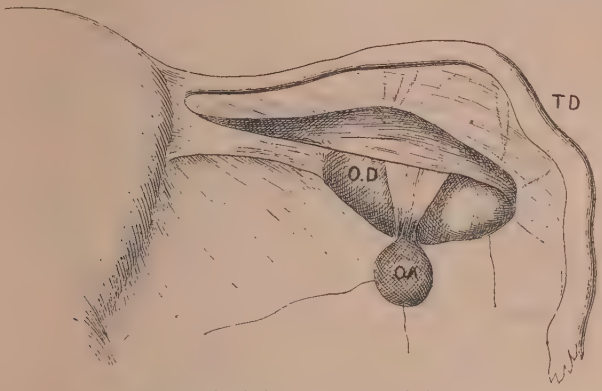
a, partie interne ou voisine de l'utérus. *b*, partie externe ou voisine du pavillon.

Fig. 204. — Trompe (d'après Wyder).

Une interne *muqueuse*. L'épithélium est cylindrique à cils vibratiles[1], analogue à celui de la cavité du corps utérin ; au bord libre

[1] Les cils vibratiles ont été omis dans la figure 204.

du pavillon il se continue directement avec l'endothélium péritonéal. La muqueuse forme des replis nombreux suivant la direction de la trompe et s'accentuant de plus en plus à mesure qu'on s'approche du pavillon où ils se continuent directement avec les franges terminales.



OD, ovaire droit. — TD, trompe droite.

Fig. 205. — Ovaire accessoire (OA). (Beigel.)

L'*ovaire*, pesant 8 grammes et mesurant 4 centimètres dans sa plus grande dimension, a la forme d'une amande, fixée par son bord

Fig. 206. — Coupe d'un fragment de l'ovaire.

inférieur à l'aileron postérieur du ligament large. Il est relié à l'utérus par le ligament de l'ovaire et à la trompe par le ligament de la trompe.

A côté de l'ovaire principal se trouvent parfois des ovaires accessoires (fig. 205), qui expliquent la possibilité de la fécondation après la castration double, complète en apparence.

A la coupe l'ovaire se compose de deux couches absolument distinctes comme structure, mais dont les limites ne sont pas toujours très nettes.

La portion centrale ou bulbeuse, formant la charpente de l'organe se compose de fibres musculaires lisses, de tissu conjonctif, de vaisseaux et nerfs.

La portion périphérique ou ovigène (fig. 206) mesure un millimètre d'épaisseur, elle est formée par l'accumulation des vésicules de de Graaf, dont chacune contient un ovule (fig. 207).

A chaque époque menstruelle une de ces vésicules se rompt pour

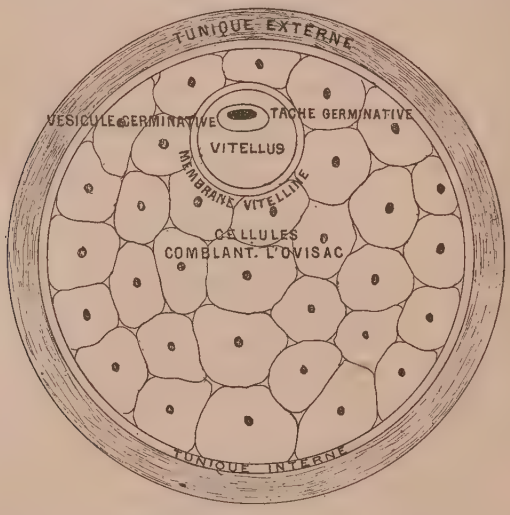


Fig. 207. — Vésicule de Graaf avec son contenu l'ovule.
(L'ovule comprend la membrane vitelline, le vitellus, la vésicule germinative et la tache germinative.)

mettre en liberté un ovule. La vésicule rompue se referme pour donner naissance au *corps jaune*, composé de sang épanché dans la paroi de la vésicule plus ou moins plissée sur elle-même ; ce corps jaune se résorbe progressivement, et après quelques semaines ne laisse plus qu'une cicatrice linéaire.

Le pavillon de la trompe et l'ovaire bien qu'anatomiquement distincts et séparés, sont physiologiquement très unis, presque aussi intimement que le canal déférent l'est au testicule par l'intermé-

diaire de l'épidydime, de telle sorte que dans leurs *déplacements* ces organes ne se quittent guère; quand on trouve l'ovaire, le pavillon de la trompe n'est pas loin (fig. 208).

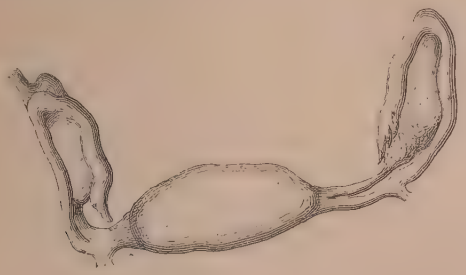


Fig. 208. — Affinité tubo-ovarienne. (His.)

Or l'ovaire, compris dans l'aileron postérieur du ligament large, relié à la trompe et à l'utérus par les deux ligaments déjà mentionnés, uni au plancher pelvien par le ligament infundibulo-pelvien, est un organe essentiellement errant.

Il peut se déplacer POSTÉRIEUREMENT : soit dans la fossette rétro-ovarienne limitée en avant par le ligament large, et en dedans par le ligament utéro-sacré, soit dans le cul-de-sac de Douglas. ANTÉRIEUREMENT, le déplacement peut se faire en avant du ligament large

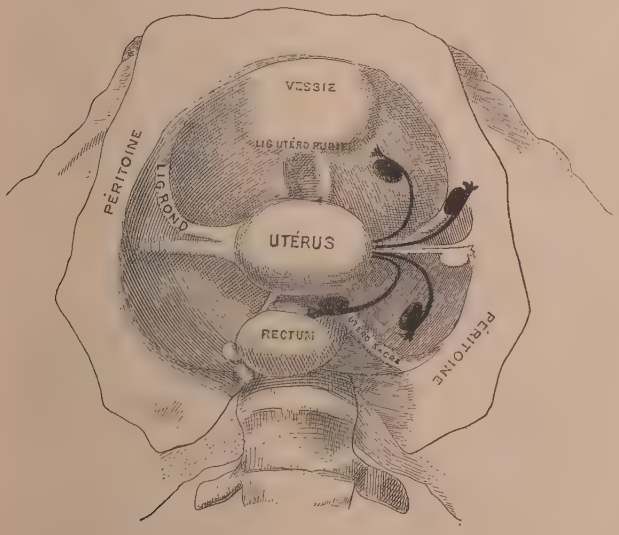


Fig. 209. — Déplacements de l'ovaire et de la trompe.

sur la partie du péritoine qui est tendue par le ligament rond, ou dans la fossette latéro-vésicale sur les côtés de la vessie (fig. 209).

Les déplacements en avant sont très rares, ceux en arrière très

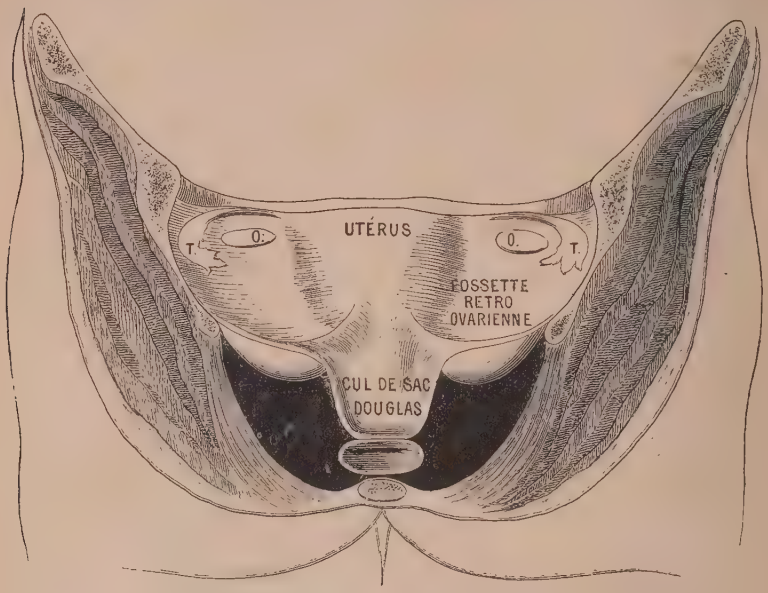


Fig. 210. — Face postérieure de l'utérus et des ligaments larges. Fossettes rétro-ovariennes et cul-de-sac de Douglas. (Hodge.)

fréquents. On se rendra bien compte de la nature de ces déplacements en méditant la figure 210, qui nous montre la fossette rétro-

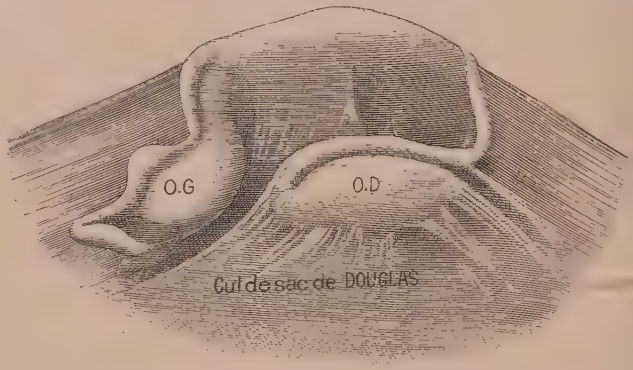


Fig. 211. — Prolapsus des ovaires. Ovaire droit prolabé dans le cul-de-sac de Douglas et ovaire gauche dans la fossette rétro-ovarienne. (Skene.)

ovarienne et le cul-de-sac de Douglas. Pour que l'ovaire arrive

jusque dans le cul-de-sac de Douglas il faut un certain relâchement de ses attaches ou un basculement de l'utérus en arrière (rétrodéviation). La figure 211 nous fait assister aux deux degrés de ce prolapsus de l'ovaire en arrière de l'utérus avec complication d'adhérences.

Dans ces déplacements postérieurs l'ovaire est en général rencontré facilement avec le doigt par le toucher vaginal, encore mieux par le toucher vagino-rectal, l'index dans le vagin, et le médius dans le rectum.

L'inflammation de la trompe s'appelle salpingite, celle de l'ovaire ovarite.

Les *salpingites* se prêtent à la même classification que les métrites.

I. *Salpingites non kystiques :*
- a. Muqueuses.
  - 1. Catarrhale ou séreuse. hydrosalpingite.
  - 2. Hémorrhagique. . . hématosalpingite.
  - 3. Purulente . . . . pyosalpingite,
- b. Parenchymateuses ou interstitielles.

II. *Salpingites kystiques :*
- 1. Hydrosalpinx.
- 2. Hématosalpinx.
- 3. Pyosalpinx.

On peut, pour les *ovarites*, admettre une classification analogue, mais en supprimant la variété muqueuse, qui ne saurait exister, car à l'encontre de l'utérus et des trompes l'ovaire est un organe plein, c'est-à-dire dépourvu de cavité :

I. *Ovarites non kystiques :*
La seule variété est l'ovarite parenchymateuse ou interstitielle, conduisant :
Soit à l'atrophie :
Soit à l'ovarite kystique.

II. *Ovarites kystiques :*
- 1. Hydroovarie. . Ovaire séro ou scléro-kystique.
- 2. Hématoovarie . Ovaire hémato-kystique.
- 3. Pyoovarie. . . Ovaire pyo-kystique.

Les salpingites et ovarites kystiques, constituant de véritables tumeurs, seront étudiées au chapitre des *Tumeurs génitales*, je me bornerai donc ici à l'étude des *salpingo-ovarites non kystiques*.

L'inflammation se propage de l'utérus à la trompe et à l'ovaire : *Soit par la voie muqueuse;*

Soit par la voie lymphatique.

Pour les inflammations de la trompe il est généralement admis

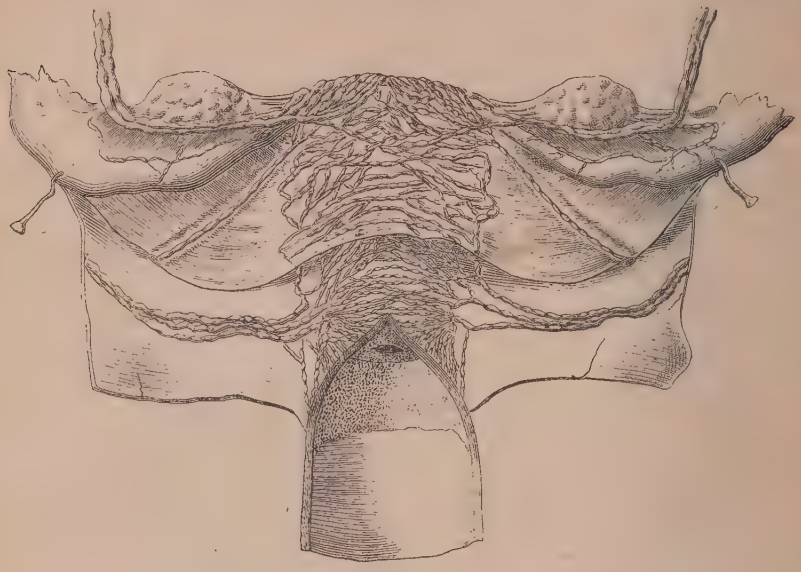


Fig. 212. — Lymphatiques génitaux. (Poirier.)

que la voie muqueuse est la règle, la voie lymphatique l'exception. C'est le contraire pour les inflammations de l'ovaire, la voie lymphatique étant la plus communément adoptée par l'élément pathogène, et conduisant cet élément jusqu'au centre même du tissu ovarien où il va causer des désordres.

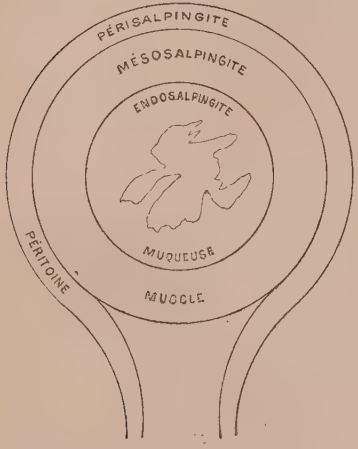


Fig. 213. — Schéma de l'inflammation salpingienne.

Comme pour l'utérus, l'inflammation de la trompe commence par la muqueuse et envahit secondairement la paroi musculaire, il y a successivement :

Endosalpingite,
Myo ou *mésosalpingite*.

La *périsalpingite* peut ultérieurement survenir de même que la périmétrite à la suite de l'inflammation utérine.

La muqueuse salpingienne, sous l'influence de l'inflammation, devient le siège d'une prolifération embryonnaire assez intense. Il y a congestion, boursouflement, exagération de l'aspect déjà si tourmenté de la muqueuse (fig. 214). La surface de la muqueuse se

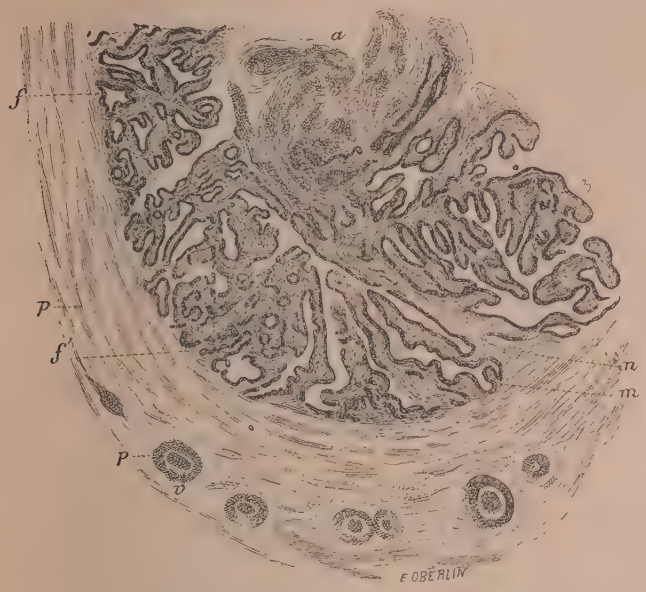


Fig. 214. — Coupe perpendiculaire au canal tubaire; endosalpingite. (Terrillon.)

a. contenu de la trompe. — *v*. vaisseaux. — *b*. paroi musculaire. — *f*. sinus. — *m*. végétations.

couvre de végétations à charpente cellulo-vasculaire, avec cellules embryonnaires abondantes.

La sécrétion muco-purulente, qui se fait à la surface de cette muqueuse enflammée, s'écoule dans l'utérus par l'*ostium uterinum*, et de là gagne le vagin et la vulve pour s'échapper au dehors. Cet écoulement est tantôt continu, tantôt intermittent, dans ce dernier cas il donne généralement lieu à des contractions douloureuses de la trompe, désignées sous le nom de *coliques salpingiennes*, revenant avec une périodicité assez régulière. Labadie-Lagrave a désigné ces écoulements intermittents sous la dénomination assez pittoresque de *vomiques salpingiennes*.

Si la salpingite dure longtemps, les deux orifices ovariens et utérins de la trompe ne tardent pas à s'obstruer, et la salpingite kystique se trouve ainsi constituée.

Après la muqueuse se prend le muscle de la trompe. Modifications analogues à celles décrites à propos de la *myométrite*, congestion, hyperplasie, hypertrophie, et enfin sclérose. Cette salpingite parenchymateuse ou interstitielle se traduit par de

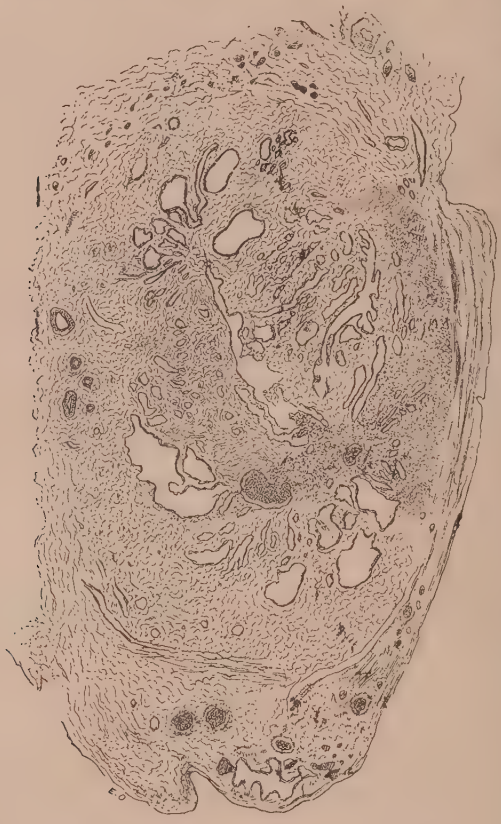


Fig. 215. — Hypertrophie tubaire d'origine inflammatoire. (Pozzi.)

l'épaississement et de l'induration de la trompe, véritable *pachysalpingite*.

Les lésions sont souvent unilatérales au début de l'affection, mais deviennent ordinairement bilatérales, quand la maladie dure depuis longtemps.

Dans les cas anciens et alors qu'il n'y a pas eu de transformation kystique, l'inflammation chronique aboutit tantôt à l'*hypertrophie* (fig. 215), tantôt à l'*atrophie* (fig. 216) de la trompe.

L'*inflammation ovarienne* est la compagne habituelle mais non

obligée de la salpingite. Réciproquement l'ovarite peut exister sans inflammation salpingienne, ce qu'explique la voie lymphatique suivie par les microbes pathogènes.

Dans l'ovarite la congestion avec augmentation de volume est le phénomène initial; suivant que le processus prédomine au centre ou à la périphérie de l'organe, on a distingué l'ovarite folliculaire

Fig. 216. — Atrophie tubaire d'origine inflammatoire. (Boldt.)

ou périphérique, et centrale, parenchymateuse ou interstitielle. Ces distinctions n'ont qu'une importance secondaire.

La périovarite, c'est-à-dire l'inflammation de la surface de l'ovaire peut compliquer l'inflammation de l'ovaire, de même que la périsalpingite et la périmétrite, celles de la trompe et de l'utérus. Cette inflammation sera étudiée avec la pelvi-péritonite.

L'ovarite aboutit tantôt à la sclérose de l'organe, dont tous les éléments sont emprisonnés, étouffés par la dégénérescence fibreuse; l'ovaire est réduit à un noyau fibreux, l'organe est physiologiquement mort. Tantôt il y a transformation kystique, et les kystes sont ou séreux ou sanguins ou purulents, donnant lieu aux trois variétés d'ovarites kystiques :

Hydro-ovarie. — Ovaire séro-kystique (ou scléro-kystique) ;
Hémato-ovarie. — Ovaire hémato-kystique ;
Pyoovarie. — Ovaire pyo-kystique.

Ces ovarites kystiques seront étudiées avec les tumeurs génitales.

Symptômes.

Interrogatoire :

Douleurs	1
Ecoulements	2
Phénomènes généraux et sympathiques.	3

Examen direct :

Exploration digitale	4
Opération exploratrice	5

1° La *douleur* se confond le plus souvent avec celle de la métrite, car il est rare d'observer l'ovaro-salpingite sans métrite. Mais on rencontre le plus souvent la prédominance des douleurs vers l'un ou l'autre côté de l'abdomen de préférence au voisinage de l'aine ; l'unilatéralité ou la prédominance de la lésion du côté des annexes nous rend compte de ce phénomène. Fait assez singulier et difficilement explicable, c'est assez souvent du côté opposé à celui où existe l'ovaro-salpingite quand elle est unilatérale, qu'on observe le maximum de la douleur. La pression et l'examen digital exagèrent ces phénomènes douloureux.

Les règles sont particulièrement douloureuses, surtout au début quand la congestion génitale domine.

Le coït est pénible, soit par la congestion des organes pelviens qu'il provoque, soit par le traumatisme qu'exerce le membre viril sur l'ovaire prolabé dans le cul-de-sac de Douglas. Avec le premier cas la douleur est surtout marquée à la suite du coït, avec le second pendant l'acte sexuel même.

Outre les douleurs continues dont la malade est affligée, surviennent des crises névralgiques intermittentes, causées soit par les coliques salpingiennes dont il a été question, soit par le retentissement des lésions sur le système nerveux génital et ses dépendances.

2° L'*écoulement*, qui se confond avec celui provenant de l'utérus, est :

Muco-purulent avec prédominance du mucus ou du pus.

Sanguin. L'écoulement sanguin se manifeste par l'exagération des règles, par des ménorrhagies. L'aménorrhée passagère ou prolongée est cependant loin d'être rare.

3° Les *phénomènes généraux* sont habituellement peu accentués, car même avec une salpingo-ovarite suppurée moyennement intense il n'est pas rare de voir la réaction fébrile faible ou nulle. Il n'en est plus ainsi quand il s'agit de vastes collections suppurées, de pyosalpinx volumineux.

Mais même avec ces lésions considérables la réaction fébrile est relativement modérée ; par contre on observe un amaigrissement progressif conduisant à une véritable hecticité, alors qu'un traitement approprié ne vient pas entraver la marche des accidents.

Les phénomènes sympathiques sont les mêmes que ceux de la métrite : névralgies diverses, troubles digestifs, amaigrissement, abattement, développement ou accentuation des phénomènes hystériques.

4° L'exploration digitale, consistant dans le toucher vagino-rectal, aidé de la palpation abdominale, donne des résultats importants et habituellement assez nets.

A côté de l'utérus, partant de la corne de cet organe, on trouve un cordon douloureux, qui va en augmentant de volume alors qu'on

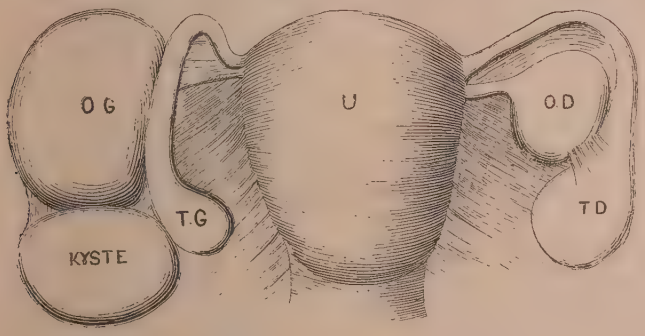


Fig. 217. — Salpingite kystique double. La trompe droite (TD) est fixée à l'ovaire (OD) par une bride pseudo-membraneuse. L'ovaire gauche (OG) est augmenté de volume, à côté de lui un petit kyste. TG, trompe gauche. (Beigel.)

s'approche de l'ovaire, et qui se termine à son niveau par un renflement nettement accentué. Quand on arrive sur l'ovaire, on détermine par la pression une douleur exquise avec retentissement général,

analogue à celle qu'on produit chez l'homme par la compression du testicule.

Les ovaires sont habituellement prolabés dans la fossette rétro-ovarienne, ou dans le cul-de-sac de Douglas, la trompe est accolée au côté de l'utérus, comme une branche cassée sans être détachée pend le long du tronc qui la porte. L'ovaire simule le fruit volumineux qui serait resté appendu à l'extrémité de cette branche.

Toutefois l'orientation des ovaires par rapport aux trompes est très variable, ainsi qu'on s'en assurera par la figure 217, représentant une salpingite kystique; avec une salpingite non kystique la situation relative de l'ovaire et des trompes peut d'ailleurs être la même.

J'ai indiqué les divers déplacements, dont l'ovaire et la trompe sont susceptibles; on comprend facilement que les signes fournis par l'exploration digitale varieront avec ces différents cas ; je n'ai indiqué précédemment que les faits les plus fréquents.

5° Dans certains cas relativement rares, le diagnostic exact de la salpingo-ovarite, alors qu'il existe des complications ne peut être établi qu'à l'aide d'une laparotomie exploratrice. L'exploration directe après ouverture de l'abdomen permettra de reconnaître *par la vue et le toucher intra-péritonéal* les lésions, dont il a été question à propos de l'anatomie pathologique. Cette laparotomie exploratrice devra être réservée à des cas exceptionnels et alors qu'on se propose de porter remède dans la même séance opératoire aux lésions rebelles dont souffre la femme. Cette même laparotomie se trouve ainsi être successivement exploratrice et curatrice.

TISSU CELLULAIRE ET PÉRITOINE

Une coupe antéro-postérieure (fig. 161, p. 147) du bassin chez la femme, nous a montré que la cavité pelvienne est fermée inférieurement par une cloison musculo-aponévrotique à éléments multiples.

La couche profonde de ces muscles est constituée par le *releveur de l'anus*, mieux dénommé *releveur coccy-périnéal* ou simplement *périnéal*[1], en avant et latéralement par les *obturateurs internes*, en arrière et latéralement par les *pyramidaux* (fig. 218).

[1] Auvard. *Travaux d'obstétrique*, t. III, p. 21.

Au-dessus de ces muscles, dont l'ensemble constitue un véritable *diaphragme pelvien* fermant en bas la cavité abdominale, comme le

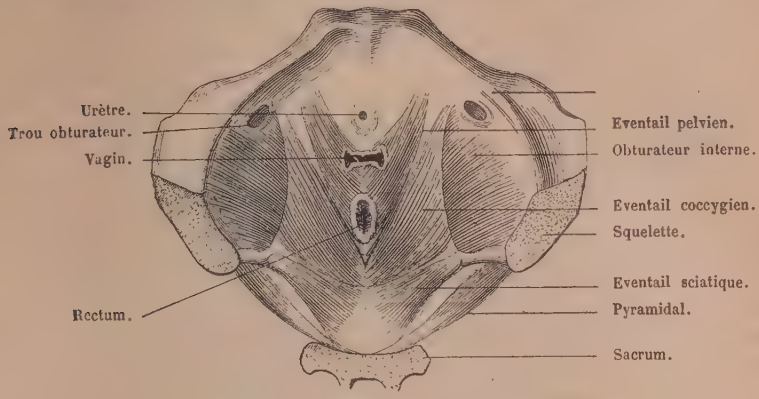


Fig. 218. — Diaphragme pelvien.

diaphragme thoracique la limite supérieurement, se trouve l'*aponévrose pelvienne*, voile fibreux jeté sur cette couche musculaire, sorte de doublure solide la protégeant et la renforçant.

Au-dessus de cette aponévrose siègent les organes pelviens (fig. 219) :

En avant : la vessie ;

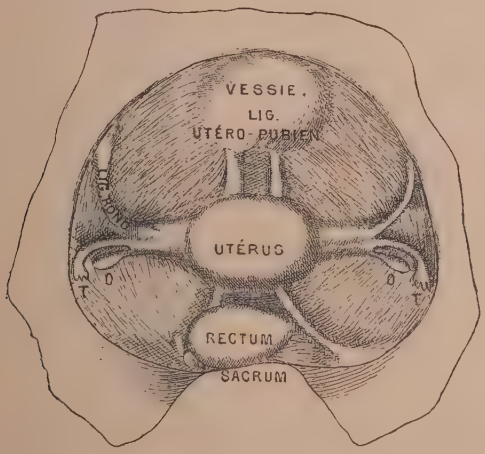


Fig. 219. — Organes pelviens vus de la cavité abdominale.

Au milieu : l'utérus avec les trompes et ovaires ;

En arrière : le rectum.

Le péritoine recouvre ces différents organes, s'insinuant entre eux ainsi que l'indique la coupe antéro-postérieure (fig. 220).

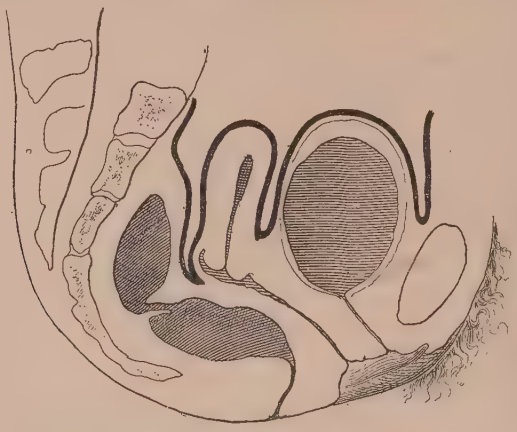


Fig. 220. — Profil du péritoine pelvien.

Transversalement le péritoine est soulevé par l'utérus et se continue jusqu'aux côtés du bassin, en constituant les ligaments larges, dont les ligaments ronds peuvent être considérés comme un diverticulum (fig. 219).

Le péritoine ainsi soulevé crée dans le petit bassin deux loges, une antérieure réservée aux organes génito-urinaires, l'autre postérieure contenant la terminaison du tube digestif.

La loge vésicale est limitée latéralement par des ligaments, *ligaments utéro-pubiens*, s'étendant de la face antérieure de l'utérus à la face postérieure du pubis, et déterminant une saillie du péritoine analogue à celle des ligaments larges, quoique bien moins prononcée.

Deux ligaments analogues, *ligaments utéro-sacrés*, bordent latéralement en arrière la loge rectale, en allant de la face postérieure de l'utérus à la troisième et quatrième pièces du sacrum.

On voit donc que six replis péritonéaux, doublés de fibres musculaires lisses, et formant ligaments, s'étendent de l'utérus aux parois pelviennes :

Deux antérieurs ou *ligaments utéro-pubiens*, encore dénommés utéro-vésicaux.

Deux latéraux ou *ligaments larges*, dont les ligaments ronds sont une dépendance.

Deux postérieurs ou *ligaments utéro-sacrés*.

Entre le péritoine ainsi soulevé par les organes pelviens et les ligaments qui en dépendent d'une part, et l'aponévrose pelvienne

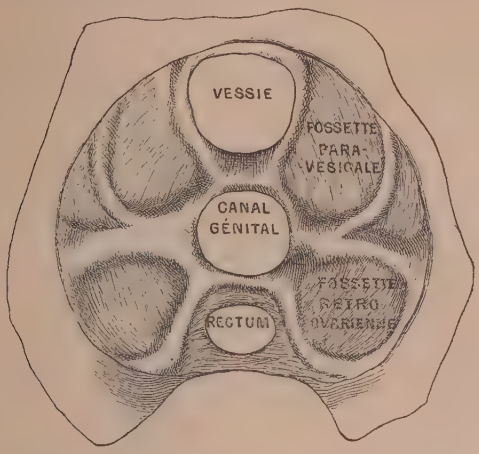


Fig. 221. — Montagnes cellulaires du petit bassin.

d'autre part, existe une couche de tissu cellulaire continue, s'épanouissant au niveau des ligaments (fig. 221).

Dans cette couche de tissu cellulaire pelvien cheminent des organes importants à savoir :

Les uretères ;
Les vaisseaux sanguins ;
Les lymphatiques ;
Les nerfs.

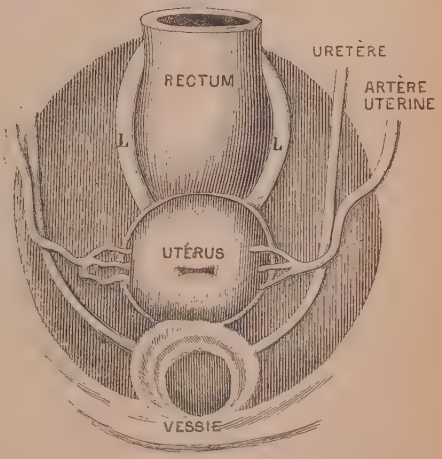


Fig. 222. — Rapports des uretères. (Mann.)
L, ligaments utéro-sacrés.

Laissons de côté les nerfs qui présentent un intérêt pratique à peu près nul, je parlerai simplement des uretères, des vaisseaux sanguins et lymphatiques.

Les *uretères* occupent successivement le bord externe et le bord inférieur du ligament large. Ils se dirigent de dehors en dedans, quittant la paroi pelvienne pour pénétrer dans la partie postéro-latérale de la vessie ; ils viennent passer à une faible distance du col utérin, plus superficiels à ce niveau que l'artère utérine. Il faut

éviter leur blessure dans toutes les opérations sur le col, en ayant soin, quand on sectionne le vagin, de s'éloigner le moins possible de l'utérus même.

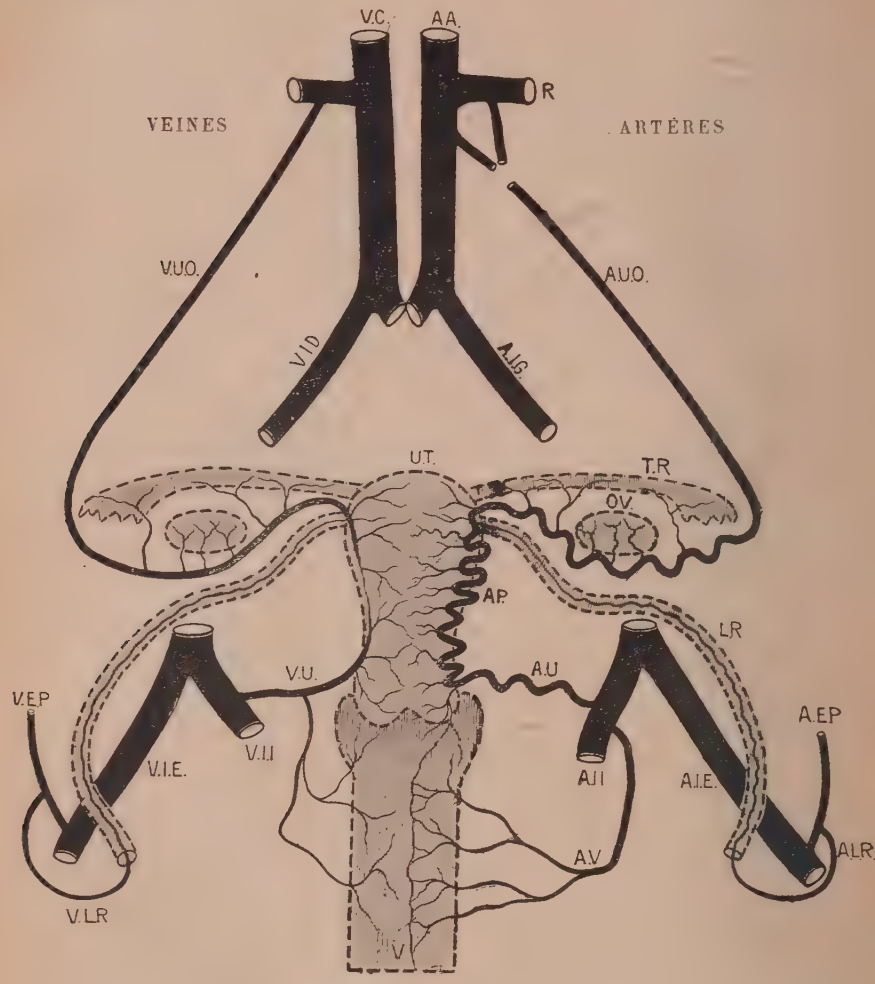


Fig. 223. — Schéma de la circulation génitale.

AA, aorte. — R, artère rénale. — AUO, artère utéro-ovarienne. — AIG, artère iliaque primitive gauche. — AP, artère puerpérale. — AU, artère utérine. — AII artère iliaque interne. — AIE artère iliaque externe. — AEP, artère épigastrique. — LR, artère du ligament rond. — UT, utérus. — TR, trompe. — OV, ovaire. — V, vagin. — LR, ligament rond. — VC, veine cave inférieure. — VID, veine iliaque droite. — VIE, veine iliaque externe. — VEP, Veine épigastrique. — VLR, veine du ligament rond. — VII, veine iliaque interne. — VU, veine utérine.

Les *vaisseaux sanguins* (fig. 223) abordent l'utérus par l'intermédiaire des ligaments larges et forment deux faisceaux, l'un supé-

rieur ou utéro-ovarien cheminant dans la partie supérieure des ligaments larges, l'autre inférieur ou utérin, contenu dans la base même des ligaments larges.

Les *lymphatiques*, qui nous intéressent plus particulièrement au point de vue des inflammations pelviennes, forment également deux

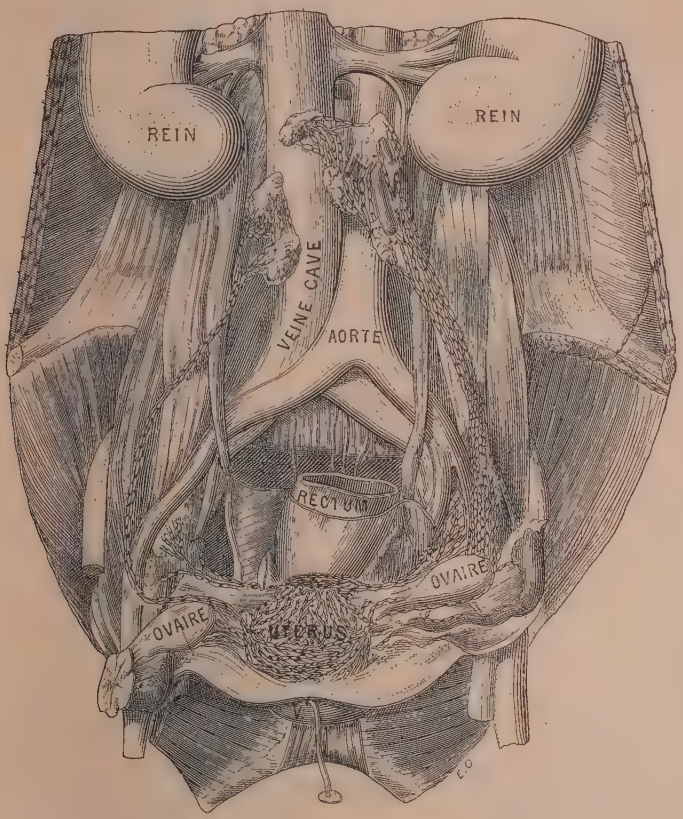


Fig. 224. — Lymphatiques génitaux. (Poirier.)

faisceaux principaux, l'un suivant le trajet de l'artère utéro-ovarienne et se rendant aux ganglions lombaires (fig. 224), l'autre le trajet de l'artère utérine et aboutissant aux ganglions pelviens-latéraux. Ces deux faisceaux lymphatiques, occupant la base et le sommet des ligaments larges en compagnie des vaisseaux sanguins, sont représentés par la figure 212 (p. 212).

La direction et les ganglions terminaux du système lymphatique

génital ont été schematisés par M. Poirier dans la figure 225 que j'emprunte à son travail sur ce sujet.

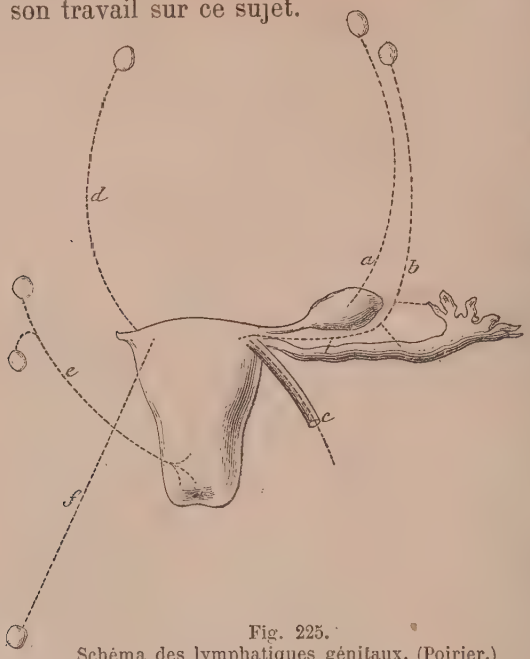


Fig. 225.
Schéma des lymphatiques génitaux. (Poirier.)

a, lymphatiques ovariens allant aux ganglions lombaires. — *b*, *d*, lympathiques du corps utérin et de la trompe allant aux ganglions lombaires. — *c*, *f*, lymphatiques accompagnant le ligament rond et se rendant au pli de l'aine aux ganglions inguinaux. — *e*, lympathiques du col utérin se rendant aux ganglions pelviens latéraux.

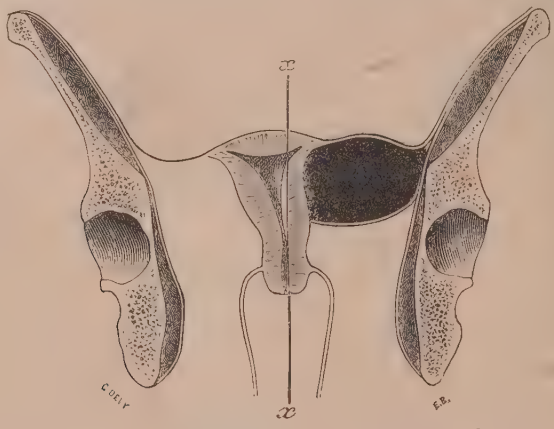


Fig. 226. — Phlegmon du sommet des ligaments larges.
x, *x*, plan vertical passant par le milieu du pelvis.

D'après la description qui précède l'inflammation partie de l'utérus peut en suivant la voie lymphathique:

Soit cheminer le long de la partie supérieure des ligaments larges et produire un phlegmon à ce niveau (*cellulite ou phlegmon du sommet du ligament large,* fig. 226) ; si la voie lymphatique est suivie jusqu'aux ganglions il y aura adénite lombaire, les lymphatiques composant le groupe utéro-ovarien aboutissant à cette région ;

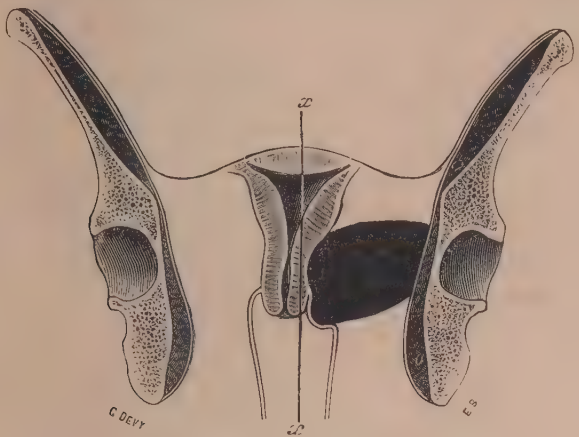


Fig. 227. — Phlegmon de la base des ligaments larges.
(*x*, *x*, plan médian du pelvis.)

Soit se propager le long de la base du ligament large par la voie des lymphatiques qui accompagnent l'artère utérine, et aboutir aux ganglions pelviens latéraux qui desservent ce faisceau lymphatique. L'inflammation, qui se fera autour de ces lymphatiques, produira le *phlegmon* ou *la cellulite de la base des ligaments larges* (fig. 227).

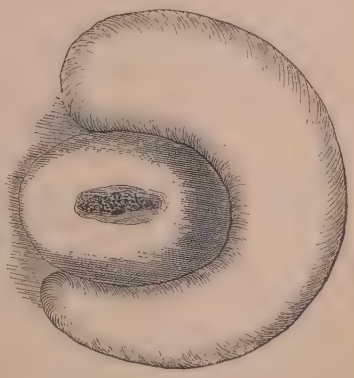


Fig. 228. — Phlegmon péri-cervical en fer à cheval. (Courty.)

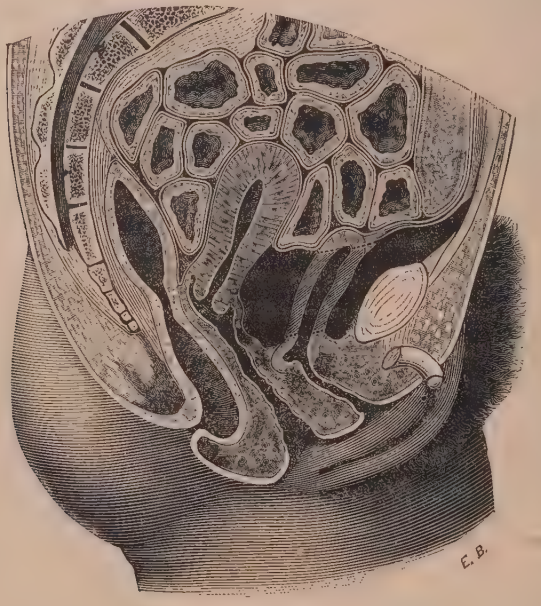
Cette phlegmasie envahissant le tissu cellulaire périutérin ou même périvaginal peut constituer une sorte de fer à cheval inflammatoire analogue à celui indiqué par la figure 228.

Bien que les recherches anatomiques ne nous aient pas encore montré de lymphatiques, suivant le trajet des ligaments utéro-sacrés et utéro-pubiens, il est bien probable qu'ils existent, en tout cas l'observation clinique nous démontre que l'inflammation peut suivre leur trajet supposé.

L'inflammation gagnant en arrière le sacrum et contournant avec

Fig. 229. — Phlegmon utéro-sacré (territoire du ligament utéro-sacré).

ligament utéro-sacré la face latérale du rectum donne lieu à la



G. Devy

Fig. 230. — Phlegmon de la cavité de Retzius (territoire du ligament utéro-pubien et du tissu cellulaire prœvésical).

cellulite ou *phlegmon périrectal*, et celle qui suit le trajet du ligament

utéro-pubien en contournant la vessie aboutit au phlegmon ou à la cellulite de la cavité de Retzius, pouvant envahir la partie voisine de la paroi abdominale, et y développer l'induration inflammatoire connue sous le nom de *plastron abdominal*.

L'inflammation peut d'ailleurs ne pas se borner aux différents trajets qui viennent d'être indiqués, mais envahir le tissu cellulaire voisin, par exemple un phlegmon de la base du ligament large se propager dans le tissu cellulaire, qui double le péritoine de la fossette rétro-ovarienne. Dans certains cas la plus grande partie du tissu cellulaire pelvien semble englobé dans le processus inflammatoire, et forme une sorte de nappe pathologique et irrégulière séparant l'aponévrose pelvienne du péritoine. Les collections purulentes, résultant de cette inflammation, sont susceptibles d'envahir les points les plus variés de cette nappe enflammée, échappant ainsi à toute description méthodique par le fait même de leur diversité.

L'inflammation du tissu cellulaire pelvien, la *cellulite pelvienne* ou *pelvi-cellulite*, reconnaît donc comme variétés principales :

1° Le phlegmon du sommet des ligaments larges ;
2° Le phlegmon de la base des ligaments larges ;
3° Le phlegmon périrectal ;
4° Le phlegmon de la cavité de Retzius ;
5° Les phlegmons complexes.

Examinons maintenant l'inflammation du péritoine pelvien; après l'étude de la cellulite pelvienne ou pelvi-cellulite, abordons celle de la *péritonite pelvienne* ou *pelvi-péritonite*.

Tandis que la cellulite résulte toujours du transport des microbes pathogènes par les lymphatiques, donnant naissance au *lympho-phlegmon* ou *adéno-phlegmon*, la péritonite peut avoir une origine analogue et être la conséquence du transport des microbes pathogènes de la cavité des organes génitaux à leur périphérie par la voie lymphatique, mais en outre elle peut se produire à la suite de la pénétration des principes pathogènes par la voie tubaire. — En d'autres termes, la cellulite a une origine constamment lymphatique, la péritonite tantôt lymphatique, tantôt muqueuse ; le microbe suit les lymphatiques dans le premier cas, et dans le second remonte les organes génitaux, arrivant à travers l'utérus et la trompe jusque dans la cavité péritonéale.

Quelle que soit l'origine, l'inflammation du péritoine pelvien est tantôt *localisée* à la périphérie d'un organe, tantôt plus ou moins *généralisée*.

Localisée, elle aboutit assez rarement à la suppuration et se termine le plus souvent par des adhérences, existant soit au pourtour

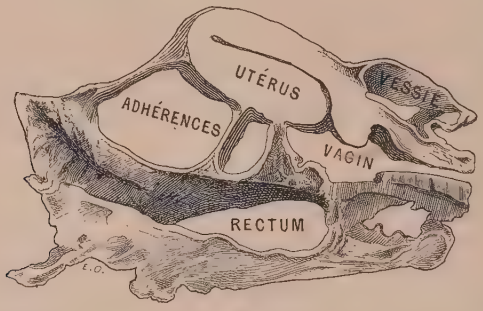


Fig. 231. — Adhérences rétro-utérines. (Winckel.)

de l'utérus (fig. 231), soit au pourtour des trompes et ovaires (fig. 232) ou au pourtour de tout autre organe pelvien.

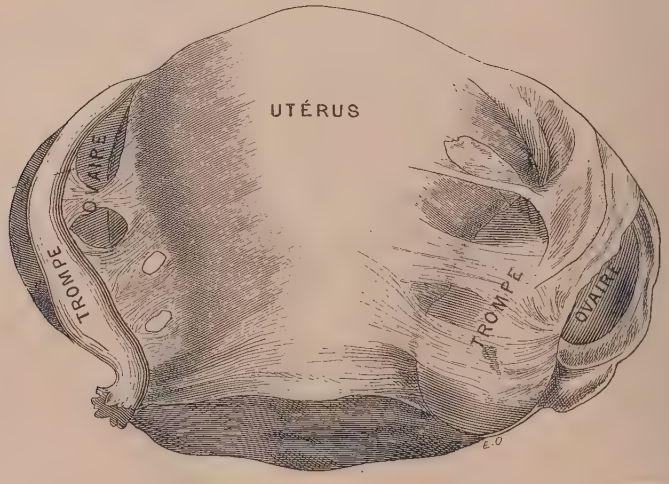


Fig. 232. — Adhérences utéro-tubo-ovariennes. (Beigel.)

Généralisée, la péritonite pelvienne peut occuper tout le péritoine pelvien, mais elle se cantonne le plus ordinairement soit dans l'espace rétro-utérin (fig. 233), soit dans l'espace anté-utérin (fig. 234).

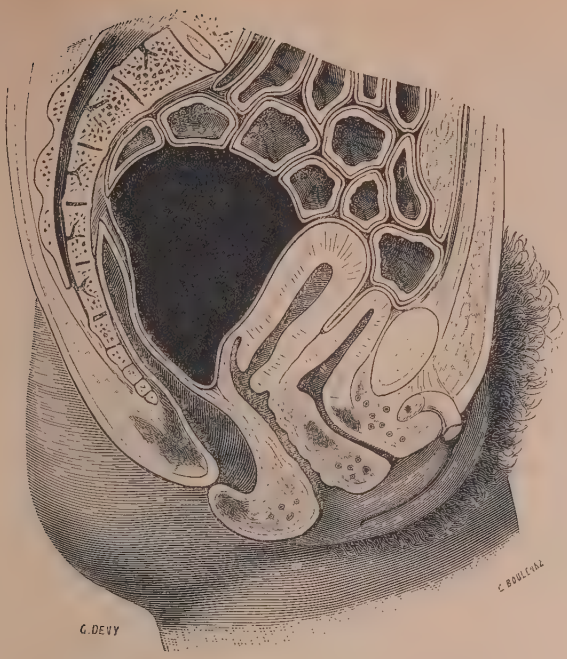


Fig. 233. — Pelvi-péritonite rétro-utérine.

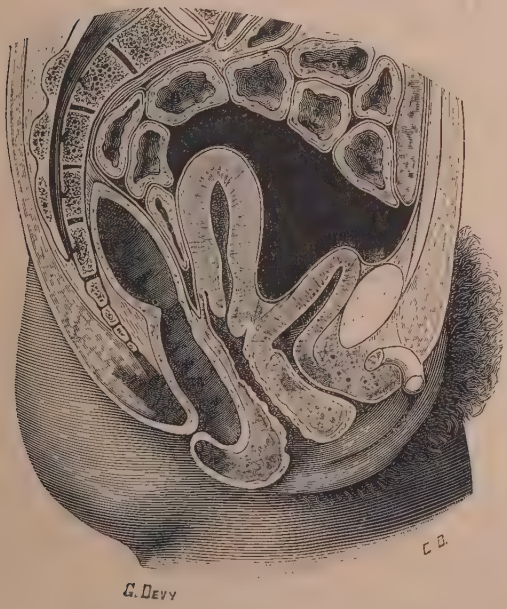


Fig. 234. — Pelvi-péritonite anté-utérine.

La division entre ces deux variétés anté et rétro-utérines est marquée par l'utérus et les ligaments larges.

On appelle :

Pelvi-péritonite postérieure ou *rétro-utérine*, la première variété (fig. 233).

Pelvi-péritonite antérieure ou *anté-utérine*, la seconde variété (fig. 234).

L'inflammation peut être :

Simple ou pseudo-membraneuse ;
Séreuse ;
Suppurée.

Dans le premier cas, il y a simplement des fausses membranes, accolant les deux surfaces séreuses voisines, comme le fait un pain à cacheter interposé entre deux feuilles de papier. La fausse membrane s'organise et l'adhérence se trouve constituée, contenant parfois des vaisseaux sanguins et lymphatiques dans son épaisseur.

Au milieu des organes pelviens réunis par des fausses membranes, une collection séreuse peut se produire, qui tantôt restera stationnaire pendant un certain temps pour se résorber ensuite, tantôt suppurera et aboutira à la production d'un abcès.

La suppuration est la terminaison fréquente des pelvi-péritonites étendues ; le pus se trouve circonscrit au milieu des organes accolés les uns aux autres par les produits inflammatoires.

Quels que soient le siège et l'origine de l'inflammation, la terminaison a lieu soit par induration et résolution, soit par suppuration.

Quand l'*abcès pelvien* est formé, intra ou extra-péritonéal, l'ouverture se fait — soit dans le *péritoine* donnant lieu d'habitude à une péritonite promptement mortelle, — soit dans un *organe* du voisinage : rectum, intestin, utérus, vagin, vessie, urètre, — soit enfin au niveau de la *peau :* paroi abdominale, canal crural en suivant les vaisseaux fémoraux, à la face interne de la cuisse en cheminant le long de la gouttière obturatrice, à la fesse après avoir traversé l'échancrure sciatique.

Symptômes.

Interrogatoire :

Douleur	1
Ecoulement	2
Phénomènes généraux et sympathiques .	3

Examen direct :

Exploration digitale	4
Opération exploratrice	5

1° La *douleur* est en général soudaine et violente, plus encore dans la pelvi-péritonite que dans la pelvi-cellulite. Tout mouvement, tout effort l'exaspère. La moindre pression est intolérable, d'où la difficulté de l'examen direct surtout au début.

2° L'*écoulement* génital est nul, ou s'il existe, ne dépend pas de l'inflammation périutérine. La cellulite ou péritonite pelvienne ne produit l'écoulement qu'après suppuration, et ouverture de la collection purulente. Les différentes voies possibles pour l'écoulement ont déjà été indiquées.

3° Les *phénomènes sympathiques* consistent en troubles de la défécation et de la miction, causés soit par compression directe, soit par voie réflexe, en irradiations douloureuses le long des nerfs se rendant aux membres inférieurs.— Il y a aussi des douleurs lombaires. — Dans la cellulite de la base du ligament large, arrivant au voisinage de la fosse iliaque, il y a d'habitude flexion de la jambe.

Suivant la rapidité du début et la cause, la fièvre tantôt commence brusquement, annoncée parfois par un frisson et monte rapidement à 39 et 40°, tantôt atteint lentement, presque sournoisement ce degré élevé. Le pouls suit en général l'élévation thermique, mais il est plus fréquent (avec le même degré de fièvre) alors que le péritoine est pris, que quand il est intact, c'est-à-dire plus fréquent à degré égal avec la pelvi-péritonite qu'avec la pelvi-cellulite; l'inflammation péritonéale déroute le pouls.

Cortège habituel de la fièvre : céphalalgie, inappétence; les vomissements sont la règle dans la pelvi-péritonite.

4° L'*exploration digitale*, c'est-à-dire le toucher vagino-rectal combiné à la palpation abdominale ne fournit que peu d'indications au début de l'affection; elle ne renseigne guère que sur la localisation de la douleur et appelle l'attention sur la région génitale où la tuméfaction va se développer et devenir bientôt perceptible.

La tumeur est minime ou nulle quand il existe de la pelvi-péritonite localisée et simplement adhésive, elle devient au contraire nettement perceptible avec une pelvi-péritonite étendue ou une pelvi-cellulite.

Franchement postérieure ou antérieure par rapport à l'utérus quand il s'agit de pelvi-péritonite, et le plus souvent symétrique, elle devient au contraire unilatérale et asymétrique dans la pelvi-cellulite. Les différents signes, qui ont été décrits à propos de l'anatomie pathologique, nous dispensent d'entrer ici dans de plus longs détails.

La tumeur présente d'abord une certaine mollesse, puis suivant qu'il y a résolution ou suppuration, elle s'indure ou devient fluctuante. La fluctuation est facilement perceptible dans les cas de collection abondante, souvent elle reste vague et ne peut être perçue avec une netteté suffisante pour permettre le diagnostic de la suppuration.

5° L'*opération exploratrice* consiste soit dans la ponction capillaire, pratiquée le plus souvent par le vagin pour reconnaître le contenu de la tumeur, soit dans la laparotomie, indispensable en certains cas pour compléter le diagnostic, alors qu'on veut procéder au traitement chirurgical de l'affection. L'opération doit, en général, être à la fois exploratrice et curatrice.

La marche des inflammations pelviennes, péritonite ou cellulite, est essentiellement variable suivant les cas, se terminant tantôt par résolution tantôt par suppuration, et dans ce dernier cas l'abcès peut rester longtemps stationnaire, sinon se rompre et être évacué par une des voies précédemment indiquées. La mort quand elle a lieu se produit rapidement par péritonite, ou par cachexie progressive, la suppuration devenant interminable. On voit ainsi des femmes suppurer pendant plusieurs années; ce sont de véritables infirmes que la chirurgie arrive maintenant à guérir, mais qui autrefois s'éteignaient le plus souvent par affaiblissement graduel.

II

PATHOGÉNIE ET ÉTIOLOGIE

D'après leur étiologie, les métrites peuvent être divisées en huit classes :

1° Métrite puerpérale :

2° Métrite blennorrhagique;
3° Métrite accidentelle;
4° Métrite tuberculeuse;
5° Métrites secondaires;
6° Métrites crépusculaires;
7° Métrites diathésiques;
8° Congestion utérine.

Cette classification est loin d'être parfaite, mais dans l'état actuel de nos connaissances, elle m'a semblé répondre mieux que toute autre aux besoins de la clinique.

Chacune de ces formes étiologiques ayant des allures qui lui sont propres, je ferai suivre les détails étiologiques et pathogéniques par la description succincte de l'évolution symptomatique.

1° Métrite puerpérale.

Il existe deux variétés de métrite puerpérale, l'une de la grossesse, l'autre du postpartum.

La métrite de la grossesse est relativement rare, elle est tantôt antérieure, tantôt ultérieure à la conception. Elle se traduit par de l'endométrite, atteignant la muqueuse cervicale et la caduque utérine au niveau du corps.

Elle se manifeste par un écoulement leucorrhéique, visqueux et muco-purulent, persistant pendant toute la grossesse, ainsi que par des métrorrhagies de faible abondance. Elle expose à l'avortement et à ses complications, par les entraves qu'elle apporte au développement du placenta, la muqueuse étant également pathologique au niveau de cet organe, et par les adhérences du placenta ou des membranes dont elle est la source et qui compliquent la délivrance.

Le microbe pathogène qui lui donne naissance est encore inconnu.

Beaucoup plus fréquente et mieux connue est la métrite du postpartum. Cette métrite n'est autre qu'une des formes les plus habituelles de la septicémie puerpérale, et se développe par conséquent sous l'influence des mêmes microbes pathogènes.

On peut admettre que presque la moitié des métrites est d'origine puerpérale; on voit donc l'importance prépondérante de cette cause. La source la plus fréquente après la puerpéralité est la blennorrhagie.

Le coït est coupable dans les deux cas, indirectement dans le premier, et directement dans le second.

La métrite blennorhagique se développe à l'entrée des spermatozoïdes, et la puerpérale à la sortie du fœtus de l'organisme féminin.

La métrite d'origine puerpérale peut être :

Aiguë ;
Subaiguë ;
Insidieuse.

Aiguë. — L'utérus, muqueuse et muscle, est pris en bloc, il y a inflammation générale de tout l'organe, douleur vive et fièvre intense.

Parfois il y a envahissement inflammatoire du voisinage utérin, se traduisant soit par de la salpingo-ovarite, soit par de la pelvi-cellulite, soit par de la pelvi-péritonite.

A moins d'accident mortel, à cette forme aiguë, succède la forme subaiguë puis chronique. Le tissu utérin reste chroniquement enflammé, tout l'organe volumineux ne subissant pas l'involution normale des suites de couches. L'inflammation périutérine se termine soit par suppuration, soit par induration et résolution progressive.

Subaiguë. — Dès le début, qui survient comme précédemment

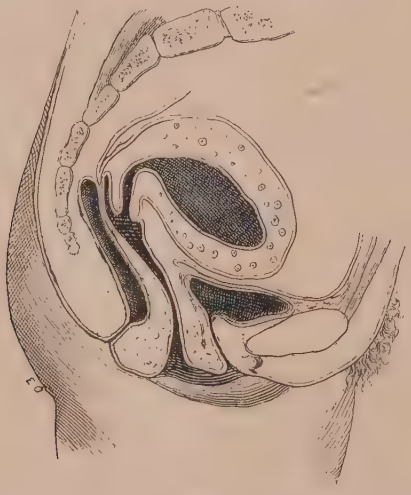


Fig. 235. — Subinvolution utérine. Métrite subaiguë du postpartum. (Courty.)

dans les premiers jours du pospartum, les symptômes sont modérés,

la fièvre peu intense. L'utérus, au lieu de subir son involution physiologique, reste gros, hyperplasié et hypertrophié.

Des complications dans le voisinage de l'utérus, analogues à celles signalées pour la forme aiguë peuvent se développer.

Cette forme ne diffère donc de la précédente que par l'acuité bien moindre des accidents.

Insidieuse. — C'est la forme la plus atténuée d'inflammation génitale.

Le col a été déchiré au moment de la sortie du fœtus, un peu comme le cercle de papier que franchissent les clowns ou les écuyères de cirques; si des microbes sont inoculés à la surface de ces déchirures, une suppuration se déclare à ce niveau, et une inflammation chronique envahit tout le col, éclaté sous l'influence de l'accouchement.

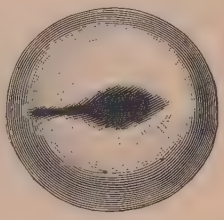


Fig. 236.
Déchirure unilatérale du col.

Aucun symptôme ne vient d'abord révéler le processus pathologique, pas de fièvre, pas de douleur, simplement un écoulement muco-purulent qu'on prend pour les lochies normales.

La femme se lève, reprend ses occupations habituelles, et elle ne s'inquiète pas de son écoulement génital, car elle ne souffre pas ou à peine.

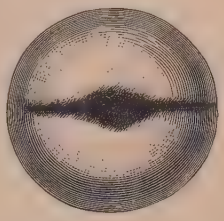


Fig. 237.
Déchirure latérale du col.

Puis petit à petit, après des semaines, des mois ou quelquefois des années, l'inflammation chronique a envahi la muqueuse du corps, le muscle sous-jacent du col et du corps; la métrite s'est généralisée, tout en gardant son allure insidieuse presque silencieuse. La femme souffre des reins, de l'hypogastre, elle maigrit, ses digestions sont mauvaises; il y a un état de santé générale qui va en s'aggravant. Un médecin est consulté, l'utérus examiné, et on trouve les signes locaux d'une métrite prononcée, plus ou moins généralisée à tout l'utérus, bien que les lésions du col soient prédominantes, car elles ont été initiales.

Fig. 238.
Déchirure multiple du col.

Cette forme insidieuse est le type de métrite puerpérale le plus souvent observé.

2° Métrite blennorrhagique.

Le gonococcus est, avec le microbe puerpéral, la cause la plus fréquente des métrites. Ce rôle de l'infection blennorrhagique a été nettement démontré par Noeggerath[1], mais ce serait moins par lui-même que ce microbe agirait dans la production de la métrite qu'en préparant le terrain pour la pullulation des autres microbes ; il y aurait là une sorte d'infection mixte.

La métrite blennorrhagique, tantôt succède à la vaginite de même nature, tantôt se produit d'emblée. Cette dernière forme s'observe de préférence à la suite du contact d'organes génitaux mâles atteints de blennorrhagie ancienne et atténuée, de cette suppuration presque insignifiante quoique contagieuse, qu'on désigne sous le nom de *goutte militaire*.

Un homme se marie encore atteint de ce reliquat blennorrhagique, et, après quelques semaines ou quelques mois de mariage, on constate chez la femme de l'endométrite purulente, sans vaginite, due à l'inoculation directe du pus sur la muqueuse utérine.

La métrite blennorrhagique commence par la muqueuse, puis envahit le muscle sous-jacent. Elle se propage volontiers aux trompes et aux ovaires. Elle amène assez souvent de la pelvi-cellulite ou de la pelvi-péritonite. En somme, la blennorrhagie est susceptible de présenter tous les accidents inflammatoires qui ont été étudiés à l'anatomie pathologique.

Les accidents sont tantôt aigus, tantôt au contraire suivent une marche chronique.

3° Métrite accidentelle.

Par métrite accidentelle, j'entends celle qui est causée par une exploration septique, que le doigt ou un instrument, le plus souvent l'hystéromètre, soit le véhicule de l'élément infectieux.

L'ongle ou la pointe instrumentale, chargé de microbes pathogènes les inocule à la surface utérine ; pénétration dans les lymphatiques, et à la suite métrite, parfois salpingo-ovarite, pelvi-cellulite ou pelvi-péritonite.

[1] *Arch. f. gynæk*, Bd. XXXII, heft 2.

La possibilité de pareilles inoculations impose au gynécologue le devoir de ne faire l'exploration génitale qu'avec des doigts ou des instruments parfaitement aseptiques. Mais même avec cette précaution, l'inoculation devient encore possible, car les microbes pathogènes préexistent souvent dans la cavité vaginale ou cervicale, et n'attendent que le traumatisme inoculateur, pour leur permettre de franchir le rempart épithélial qui leur fermait l'accès de l'économie.

Aussi l'explorateur ne devra-t-il pas se contenter d'être aseptique, il devra aussi, par une injection préalable, aseptiser les cavités qu'il va explorer, et réduire le traumatisme au minimum, en procédant avec la plus grande douceur.

Douceur et *asepsie* sont les deux conditions indispensables à tout examen génital.

4° Métrite tuberculeuse.

La tuberculose génitale, de même que toute autre tuberculose, se produit dans les organismes prédisposés, sous l'influence locale du bacille de Koch.

L'infection peut être — *directe* et résulter du contact de sperme tuberculeux, ou *du contact même* d'organes génitaux masculins atteints

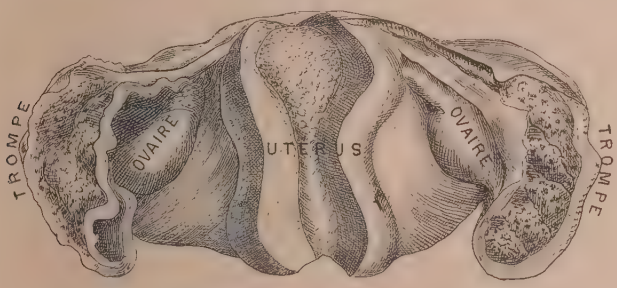


Fig. 239. — Tuberculose des trompes et de l'utérus. (Winckel.

de tuberculose — ou *indirecte*, il existe déjà de la tuberculose d'un autre organe et la maladie génitale se développe secondairement, transportée vraisemblablement par la voie sanguine.

La tuberculose évolue volontiers dans les trompes, dans l'ovaire, dans le tissu cellulaire pelvien, dont on connaît la richesse en lymphatiques. La trompe est toutefois l'organe de choix pour le développement de la tuberculose.

La marche est en général chronique ; on a les symptômes d'une inflammation utérine, salpingienne ou cellulaire à marche lente, et c'est plus par la présence d'autres lésions tuberculeuses de l'organisme, quand elles existent, que par l'analyse même des symptômes génitaux qu'on arrivera à soupçonner la nature tuberculeuse du processus génital.

Cependant, dans certains cas, l'examen bactériologique de la sécrétion utérine lèvera les doutes étiologiques en révélant la présence du bacille de Koch ; mais de ce que l'examen reste négatif, il ne faudra pas conclure à l'absence de tuberculose, car souvent, la métrite tuberculeuse existe en l'absence de ce signe pathognomonique.

5° Métrites secondaires.

Par métrites secondaires, j'entends celles qui sont produites et entretenues par une autre maladie utérine, par une affection du voisinage ou par un corps étranger.

Affection utérine : polypes muqueux ou fibreux. Cancer. Fistule.

Affection périutérine : inflammation ou tumeur de la trompe ou de l'ovaire, tumeur des ligaments larges, entretenant par compression ou par irritation l'état pathologique de l'utérus.

Corps étrangers intra-utérins : fragment de produits médicamenteux, pessaire intra-utérin, corps étrangers introduits dans un but criminel (témoin le fait communiqué par Herzfeld [1], où ce médecin put extraire de l'utérus l'extrémité d'un petit crochet; après chaque coït, la femme s'introduisait pareil instrument recouvert de linge jusque dans l'utérus pour éviter la conception. Une manœuvre maladroite l'avait un jour cassé et il y était resté jusqu'à l'intervention du docteur Herzfeld).

6° Métrites crépusculaires.

J'englobe sous cette dénomination les métrites qui surviennent à l'aurore et au déclin de la vie génitale, et dont la cause, jusqu'à présent mal connue, paraît tenir surtout à l'instauration menstruelle et à la ménopause.

Il n'est ici question que des métrites se développant à ces deux

[1] Société impériale de médecine de Vienne, 16 janvier 1889.

périodes extrêmes de l'activité génitale et ne répondant à aucune des causes connues.

La *métrite de la puberté* ou de l'instauration menstruelle, encore appelée métrite virginale, se voit de préférence chez les jeunes filles dont l'établissement des règles se fait avec peine, que l'inflammation utérine en soit la cause ou l'effet. Elle se traduit par un léger écoulement muco-purulent, avec douleurs à la région lombaire et à l'hypogastre. Les règles sont particulièrement douloureuses, à tel point que dans certains cas le repos horizontal devient indispensable à ce moment. Les difficultés de l'examen, amenées par l'intégrité de l'hymen, rendent le diagnostic difficile, et n'ont permis jusqu'à présent d'étudier cette affection que d'une façon très incomplète.

La *métrite de la ménopause* est caractérisée par un écoulement muco-purulent léger, avec phénomènes de congestion utérine. L'inflammation paraît à ce moment se développer sous une influence analogue à celle qui produit les métrorrhagies dites également de la ménopause. Ce dérangement dans la physiologie de l'utérus, alors que cet organe est à l'agonie de sa période active, est souvent observé, mais la cause en reste obscure.

7° Métrites diathésiques.

A l'avènement des microbes, alors que dans l'enthousiasme des premières découvertes, on croyait trouver en eux l'origine de toutes les inflammations, les métrites diathésiques ont été niées et reléguées dans le domaine de l'hypothèse.

Ainsi ont disparu les métrites *herpétique, arthritique*, *syphilitique*, *scrofuleuse*, dont Martineau en particulier, avait fait une étude si détaillée.

Ces métrites n'existent pas, disent les gynécologues actuels, mais il y a des métrites chez des arthritiques, syphilitiques, scrofuleuses, pouvant être, jusqu'à un certain point, modifiées par la maladie générale, contre laquelle il faut diriger un traitement approprié si on veut hâter la guérison sollicitée par la thérapeutique locale.

J'ignore ce que l'avenir réserve à ces métrites constitutionnelles; j'ai observé chez des femmes franchement scrofuleuses, des endométrites avec ectropion, ayant une marche essentiellement chro-

nique, et ne dépendant d'aucune des causes habituelles de la métrite, malgré l'examen étiologique minutieux que j'ai pu faire. Aussi je ne serais pas éloigné d'admettre que certains états généraux, la scrofule au moins, peuvent de toutes pièces créer un état inflammatoire de la muqueuse utérine, de même qu'au niveau d'autres muqueuses, mais il est encore impossible de se prononcer sur ce point de la pathologie utérine.

8° Congestion utérine.

Je range ici la congestion utérine, bien que théoriquement elle soit essentiellement distincte de l'inflammation.

Congestion signifie simplement surabondance de sang, tandis qu'inflammation indique la lutte de l'organe contre un microbe. Autrement dit la congestion est une hypérémie, la métrite une septicémie.

Il y a quelques années, les élèves d'Aran décrivaient la congestion et l'inflammation de l'utérus comme deux états essentiellement distincts, puis, dans l'unique but de simplifier la pathologie utérine, on les a confondues dans une même description, la congestion étant considérée comme le premier stade de l'inflammation.

Distinguons : dans toute métrite il y a en effet une phase congestive qui n'est qu'un des éléments de l'inflammation, mais il existe des congestions passagères de l'utérus qui sont indépendantes de l'inflammation et méritent une mention spéciale.

Cette congestion passagère se produit à la suite d'une fatigue exagérée, d'excès de coït, d'un refroidissement, au moment des règles, quelquefois sans cause appréciable. Elle se traduit par de la pesanteur dans l'hypogastre, des douleurs de reins, de la fatigue des membres inférieurs. Elle dure de quelques heures à quelques jours et disparaît sous l'influence du repos.

Cette congestion utérine, qui se produit d'une façon analogue à la céphalalgie ou à la migraine, et que j'ai proposé d'appeler *céphalalgie utérine*[1], est difficile à expliquer comme pathogénie, elle dépend vraisemblablement de l'innervation vaso-motrice de l'utérus. Quoi qu'il en soit de sa pathogénie et de sa nature, il suffit d'observer certaines femmes pour être convaincu de son existence, comme état indépendant et distinct de la métrite.

[1] Auvard. *De l'antisepsie en gynécologie et en obstétrique*, 1891, p. 255.

Dans ce chapitre étiologique, j'ai eu presque exclusivement en vue l'inflammation utérine, car c'est d'elle, ainsi qu'on a pu s'en rendre compte, que dépend presque toujours l'inflammation des annexes, du péritoine et du tissu cellulaire. Ces inflammations périutérines étant secondaires, je ne leur consacrerai pas, au point de vue des causes, une description spéciale, leur étiologie est analogue ; qu'il me suffise de dire qu'il existe au niveau de l'ovaire une congestion distincte de l'inflammation, rappelant celle qui a été étudiée pour l'utérus.

III

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT

Le diagnostic et le traitement des inflammations des organes pelviens varient notablement suivant que les accidents revêtent la forme *aiguë* ou *chronique*, d'où la nécessité de scinder cette étude en deux :

a. — ACCIDENTS AIGUS

Début par un frisson ou une fièvre de suite intense, pouls fréquent. Inappétence, vomissements, diarrhée ou constipation. Douleurs vives dans les reins, dans tout l'abdomen et notablement à l'hypogastre.

Le toucher va conduire au diagnostic.

Figure 240. — Tout l'utérus, col et corps, est gros, douloureux ; le voisinage au contraire, normal et souple ; il s'agit d'une *métrite*.

Figure 241. — L'utérus est normal, ou ne présente que les signes d'une inflammation ancienne et peu accentuée ; partant des cornes de l'utérus, on sent une tumeur d'abord amincie, devenant de plus en plus volumineuse à mesure qu'on descend sur les côtés de l'organe, et se terminant par un renflement (ovaire et pavillon de la trompe), qui se trouve dans la fossette rétro-ovarienne ou le cul-de-sac de Douglas. La maladie est une *salpingo-ovarite ;* je réunis ces deux inflammations, bien qu'elles puissent se rencontrer à l'état isolé. La salpingo-ovarite est tantôt unilatérale, tantôt bilatérale.

Figure 242. — L'utérus est normal ou peu altéré, mais au niveau d'un des culs-de-sac latéraux, allant transversalement du col à la

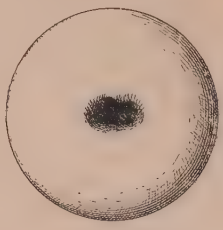


Fig. 240. — Métrite.

paroi pelvienne, le doigt perçoit une tuméfaction qui occupe nettement le ligament large, et qui s'étend comme un large trait d'union

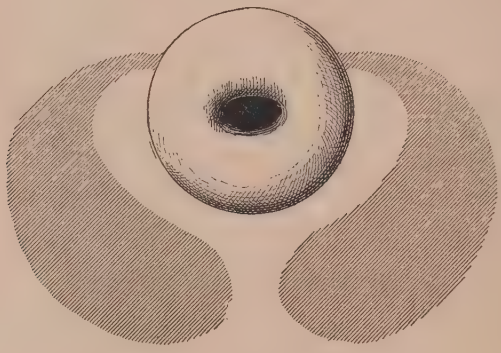


Fig. 241. — Salpingo-ovarite.

entre l'utérus et la paroi pelvienne. On est en présence d'un *phlegmon du ligament large* ou *pelvi-cellulite*. Ce phlegmon peut par exception

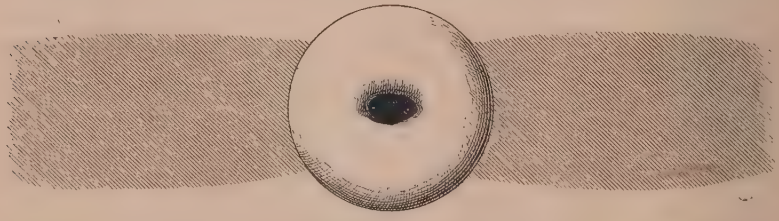


Fig. 242. — Pelvi-cellulite ou phlegmon du ligament large.

occuper le sommet du ligament large, et il est alors plus difficilement accessible au doigt; le plus ordinairement il siège à la base, dépri-

mant le cul-de-sac vaginal correspondant, et repoussant l'utérus du côté opposé. Ce phlegmon peut être bilatéral, mais il est le plus ordinairement unilatéral.

Figure 243. — L'utérus est normal, ainsi que les culs-de-sac latéraux, dans lesquels le doigt ne rencontre aucune tuméfaction. Mais la tumeur inflammatoire se trouve soit en avant, soit le plus ordinairement en arrière de l'utérus dans le cul-de-sac de Douglas. Il s'agit d'une *pelvi-péritonite*, anté-utérine dans le premier cas, rétro-utérine dans le second. Deux symptômes deviennent ici très nets et aident à préciser le diagnostic, à savoir, la sensibilité extrême de la paroi abdominale, des vomissements très fréquents et pénibles.

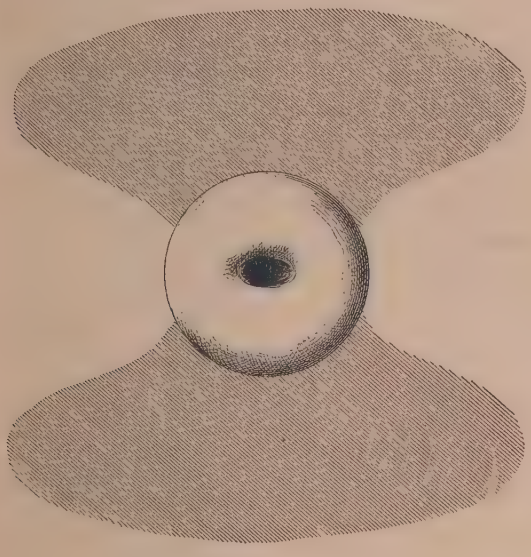


Fig. 243. — Pelvi-péritonite.

Je me suis borné au diagnostic des principales inflammations pelviennes ; j'ai laissé de côté les pelvi-cellulites, susceptibles de se développer soit en arrière, soit en avant, accidents relativement rares par rapport à ceux que nous venons d'étudier, qui sont ceux de la pratique gynécologique courante.

L'inflammation est diagnostiquée et localisée, quel traitement convient-il de lui appliquer ?

Pendant la période aiguë, la thérapeutique est la même quelle que soit l'inflammation et ne diffère que lorsque l'état chronique est constitué; cette seconde partie du traitement sera examinée avec les accidents chroniques, je n'ai en vue ici que la phase aiguë.

Traitement local. — Commencer par une émission sanguine locale : sangsues ou ventouses scarifiées, appliquées sur l'abdomen.

Appliquer ensuite en permanence sur le ventre un sac de caoutchouc rempli de glace cassée en petits morceaux. Ce sac devra être séparé de la peau par une flanelle pliée en deux, de manière à éviter la congélation cutanée. La glace sera remplacée toutes

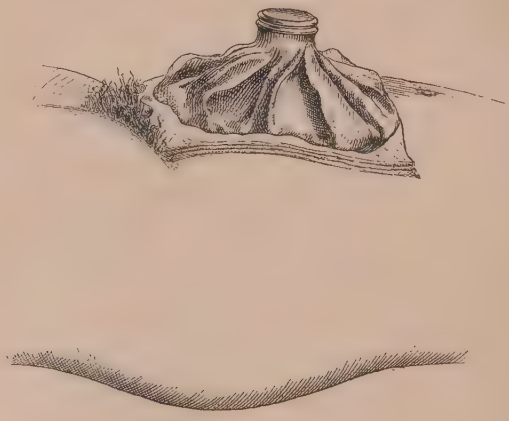


Fig. 244. — Application de glace sur l'abdomen.

les deux heures environ, nuit et jour. Il faut éviter que la glace, étant fondue, se réchauffe sur l'abdomen, le froid, pour bien agir, doit être permanent; les alternances de chaleur et de froid sont mauvaises. — La glace, ainsi appliquée, est le meilleur sédatif de douleur, et le plus puissant remède contre l'inflammation.

Dans les cas où il n'est pas possible de se procurer de la glace, on la remplacera par des compresses d'eau froide, recouvertes d'un taffetas gommé et renouvelées toutes les heures environ. L'action de ces compresses humides est d'ailleurs bien inférieure à celle de la glace.

Aussitôt que l'état aigu est passé, que les douleurs sont devenues moindres, on aura recours aux révulsifs : soit *vésicatoires*, soit *pointes de feu* sur l'abdomen, à renouveler tous les trois ou quatre jours.

Ainsi, employer successivement :

Emission sanguine locale ;
Froid ;
Révulsifs.

Traitement général. — Narcotiques, pour calmer l'état de souffrance dans lequel se trouve la malade.

Laxatifs légers, pour empêcher l'encombrement du tube digestif;
Antithermiques : sulfate de quinine, antipyrine, digitale;
Alimentation liquide, alcool ;
Repos absolu au lit.

A propos du traitement local, j'ai omis toute thérapeutique vaginale (injections) ou cervicale (scarifications), etc., car dans les accidents aigus, l'abstention de toute intervention directe sur l'utérus est préférable.

b. — ACCIDENTS CHRONIQUES

Ces accidents peuvent être chroniques d'emblée ou succéder à la période aiguë précédemment étudiée.

Nous avons à examiner ici successivement :

1° L'endométrite ;
2° La métrite généralisée ;
3° La salpingo-ovarite ;
4° Les pelvi-cellulite et pelvi-péritonite ;
5° Les suppurations complexes.

Nous verrons que pour chacune de ces affections, il existe un traitement médical et un traitement chirurgical.

1° Endométrite.

L'endométrite se diagnostique à l'écoulement même, dont elle est la source. Ecoulement muco-purulent, glaireux, d'autant moins gluant qu'il est plus purulent.

Toute femme qui, avec des trompes normales et sans fistule utérine, perd du muco-pus par l'orifice externe de l'utérus est atteinte d'endométrite. Dans les cas où ce liquide provient des trompes, il y a toujours endométrite simultanée, de telle sorte que le diagnostic endométrite est encore exact. Quant aux fistules utérines, elles n'existent que dans des cas exceptionnels d'abcès périutérins ouverts

dans l'utérus, les antécédents, et l'examen du pourtour de l'utérus, permettent de reconnaître facilement cette cause d'erreur.

Je n'insiste pas sur les autres symptômes de l'endométrite, qui sont inutiles pour établir son diagnostic.

Le traitement de l'endométrite est *général* et *local*.

Général : Reconstituant; régime alcalin aux arthritiques; huile de foie de morue, iodure de fer, arsenic aux scrofuleux ; traitement mercuriel ou mixte aux syphilitiques. En un mot, mettre l'organisme dans les meilleures conditions pour rendre plus efficace le traitement local.

Local : je n'envisage ici que le cas où le col est normal, les ulcérations du col, vraies ou fausses, seront examinées avec la métrite généralisée, au paragraphe suivant.

La médication intra-utérine compte trois méthodes principales :

a. L'antisepsie intra-utérine ;

b. Les cautérisations avec des crayons au chlorure de zinc ;

c. Le curage.

a. *L'antisepsie intra-utérine* peut être faite de différentes façons avec des injections, l'application de poudres, de pâtes, de caustiques solides agissant légèrement (nitrate d'argent).

Je décrirai les deux méthodes qui m'ont donné les meilleurs résultats, à savoir l'application de crayons et la cautérisation avec un porte-caustique liquide.

Les crayons peuvent être faits avec l'une des formules suivantes (Peraire):

Crayons d'iodoforme :

Iodoforme en poudre		20 grammes.
Gomme arabique	α α. 2	—
Glycérine pure		
Amidon pur.		

pour dix crayons. Le volume doit être celui d'un crayon de nitrate d'argent ordinaire.

Crayons de sublimé :

Sublimé		50 cent.
Poudre de talc		25 —
Gomme adragante.		1 gr. 50
Eau	α α.	q. s.
Glycérine		

Pour cinquante crayons.

Après injection antiseptique dans le vagin, le crayon est saisi

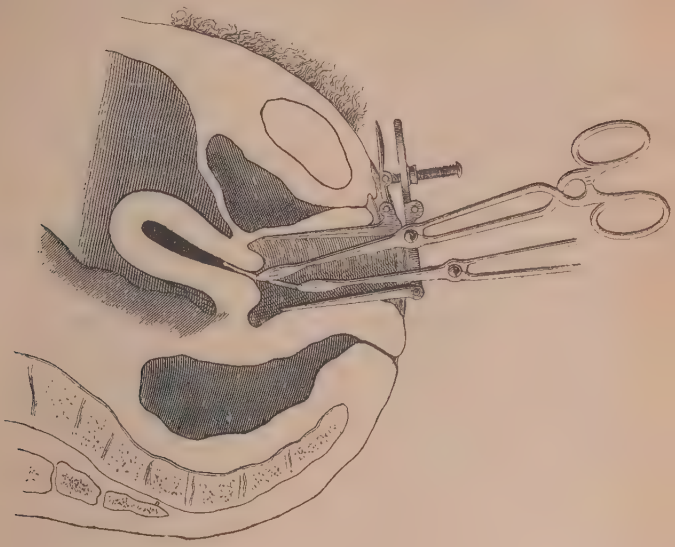


Fig. 245. — Introduction d'un crayon dans l'utérus.

avec une longue pince à pansement à une faible distance de son

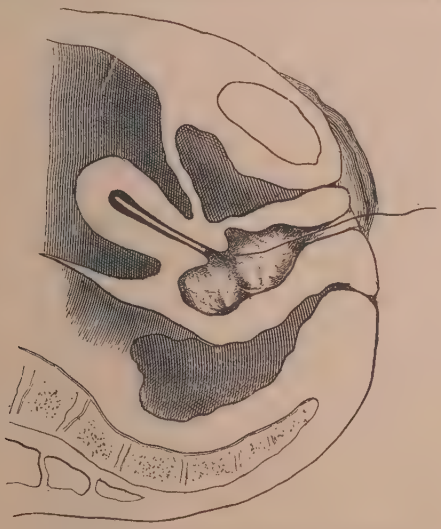


Fig. 246. — Fixation du crayon dans l'utérus.

extrémité, qu'on fait pénétrer dans l'orifice externe ; avec une seconde pince on fixe le crayon un peu plus loin, et en le saisis-

sant puis en le poussant alternativement avec l'une et l'autre pince, on le fait pénétrer jusqu'au fond de l'utérus. Avant de retirer la dernière pince, il faut appliquer sur le col un tampon de coton hydrophile, appuyant sur l'extrémité du crayon; si on ne prend cette précaution, le crayon s'échappera de la cavité utérine, repoussé par la contraction musculaire, qui tend souvent à l'expulser.

Dans le cas où l'utérus étant en antédéviation, le col et la cavité utérines sont difficilement accessibles, on se trouvera bien d'attirer la lèvre antérieure à l'aide d'une pince à crochets. Cette petite manœuvre, dont le seul ennui est d'être, chez certaines femmes, légèrement douloureuse, facilite beaucoup l'application du crayon en redressant la courbe du canal utérin.

Ce crayon fond en quelques heures. Il a pour unique inconvénient de causer quelquefois des coliques utérines. Le pansement doit être renouvelé deux fois par semaine.

La cautérisation à l'aide d'un porte-caustique liquide ne se fa bien complètement qu'après dilatation préalable de la cavité utérine.

Cependant cette préparation est inutile avec certains utérus dont la cavité est très facilement perméable.

Cette dilatation préalable s'obtient à l'aide de la laminaire.

Une tige de laminaire, ayant trempé au moins douze heures dans de l'éther iodoformé afin d'être aseptique, sera, après désinfection du vagin, introduite dans la cavité utérine en suivant le même manuel opératoire que celui indiqué tout à l'heure pour le crayon.

La tige de laminaire sera laissée de douze à quatorze heures en place, soit appliquée le soir à 6 heures pour une cautérisation qui devra être faite le lendemain matin à 8 heures. Elle peut d'ailleurs séjourner jusqu'à vingt-quatre heures sans inconvénients sérieux.

Fig. 247. — Porte-caustique.

a, libre. — *b*, chargé de coton pour être imbibé de caustique liquide.

La cautérisation sera faite de la façon suivante : la laminaire étant retirée, injection vaginale antiseptique, application d'un spéculum bivalve, ou cylindrique assez court, abaissement léger de l'utérus

en saisissant la lèvre antérieure avec une pince à crochets; introduction, dans la cavité interne, du porte-caustique (fig. 248) dont

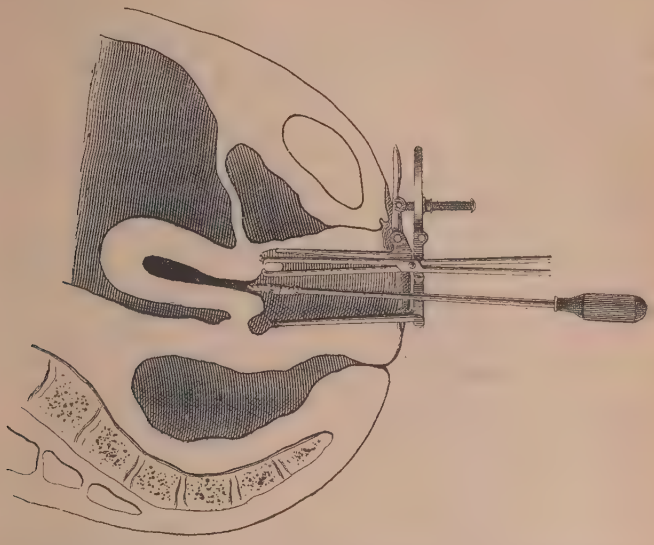


Fig. 248. — Cautérisation intra-utérine, à l'aide d'un porte-caustique métallique entouré de coton, et avec léger abaissement de l'utérus.

l'extrémité est entourée de ouate et trempée dans la solution suivante :

Créosote de hêtre . . . . . } αα. 10 grammes.
Glycérine . . . . . }
Alcool . . . . . }

L'extrémité du porte-caustique est promenée sur toute la surface utérine. La ouate qui entoure l'instrument sera changée à deux ou trois reprises différentes, imbibée dans la même solution et réintroduite dans l'utérus.

Pour terminer, on appliquera un tampon imbibé de glycérine iodoformée sur le col.

Une seule de ces cautérisations suffit à guérir les endométrites légères. Pour une endométrite plus sérieuse il faut les répéter jusqu'à deux ou trois fois à quinze jours ou trois semaines d'intervalle.

b. *La cautérisation avec un crayon au chlorure de zinc* a été, dans ces derniers temps, vivement préconisée par Dumontpallier.

Le crayon a la même composition que la pâte de Canquoin et se compose de :

Chlorure de zinc.	1 partie.
Farine de seigle.	2 —

Le crayon doit être souple et avoir environ 5 millimètres de diamètre.

Il est appliqué dans l'utérus d'après le manuel opératoire indiqué précédemment pour le crayon iodoformé.

Il cause quelquefois, pendant les premières heures de son application, une douleur assez vive, qu'il faut calmer par une injection sous-cutanée de morphine. Mais la plupart du temps, il est bien supporté, à la condition que la malade reste étendue dans son lit pendant tout le temps de son application. Il fond en dix à douze heures, après lesquelles on peut retirer le tampon qu'on avait appliqué dans le vagin.

La muqueuse utérine complètement escharifiée est expulsée tantôt en bloc, tantôt par fragments, du quatrième au dixième jour après l'application. A ce moment il se produit quelques coliques utérines rappelant une fausse couche peu avancée.

A la suite de cette expulsion il est nécessaire de pratiquer pendant un à deux mois, avec des sondes molles, le cathétérisme de l'utérus, afin d'éviter le rétrécissement de l'orifice interne.

c. *Le curage* est devenu une opération courante dont les détails varient légèrement avec chaque gynécologue. Voici la méthode que j'emploie habituellement :

Fig. 249. — Curette irrigatrice tranchante. (Auvard.)

Je fais usage d'une curette perforée, permettant d'irriguer la cavité utérine, tout en raclant sa surface (fig. 249).

La malade étant anesthésiée[1], après antisepsie de la vulve et du vagin, et rétraction du périnée à l'aide d'une valve appropriée, j'abaisse le col utérin.

J'introduis l'hystéromètre pour apprécier l'étendue et la direction

[1] L'anesthésie n'est cependant pas indispensable avec toutes les femmes.

de la cavité interne, et je dilate le canal cervical avec un dilatateur métallique à deux branches. Cette dilatation extemporanée est suf-

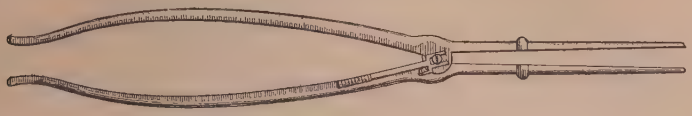


Fig. 250. — Dilatateur utérin. (Auvard.)

fisante, à moins qu'on ne veuille explorer avec le doigt la cavité utérine, auquel cas on aura eu recours préalablement à la laminaire, jusqu'au degré de dilatation désiré.

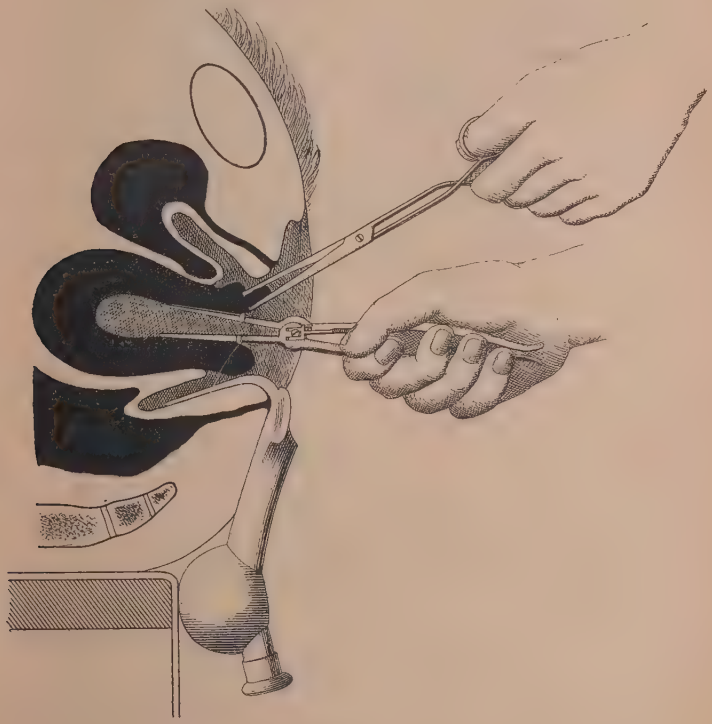


Fig. 251. — Dilatation de l'utérus.

La dilatation opérée, j'introduis la curette, et tout en faisant couler une solution phéniquée faible au $\frac{1}{100}$ dans l'utérus, je racle par son intermédiaire, successivement tous les points de la cavité utérine ; après la cavité du corps, celle du col.

Le curage terminé, j'introduis une seringue[1] (fig. 36, p. 53) chargée de la solution suivante :

Créosote de hêtre	parties égales.
Glycérine	
Alcool	

Je fais couler un peu de liquide et balaie toute la cavité utérine

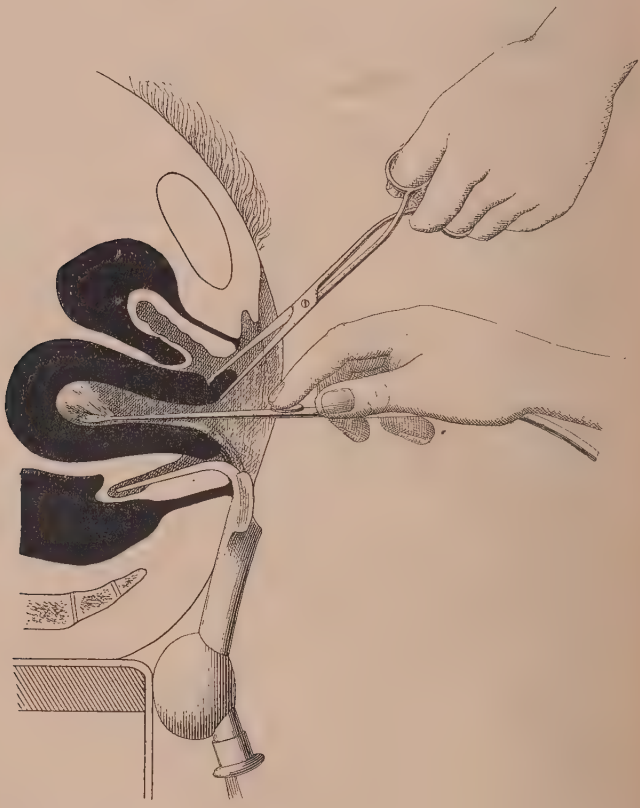


Fig. 252. — Raclage de la muqueuse utérine.

avec l'extrémité fenêtrée de l'instrument (fig. 253). — Nouvelle expulsion de liquide, nouveau balayage, jusqu'à ce que la seringue soit vidée ; pendant ce temps, un aide irrigue l'orifice externe du col,

[1] Cette seringue possède un piston en métal et peut être passée à l'étuve sèche avec les autres instruments.

de manière à ce que l'excès du caustique soit enlevé à mesure de sa sortie de l'utérus et ne vienne pas cautériser le vagin et la vulve.

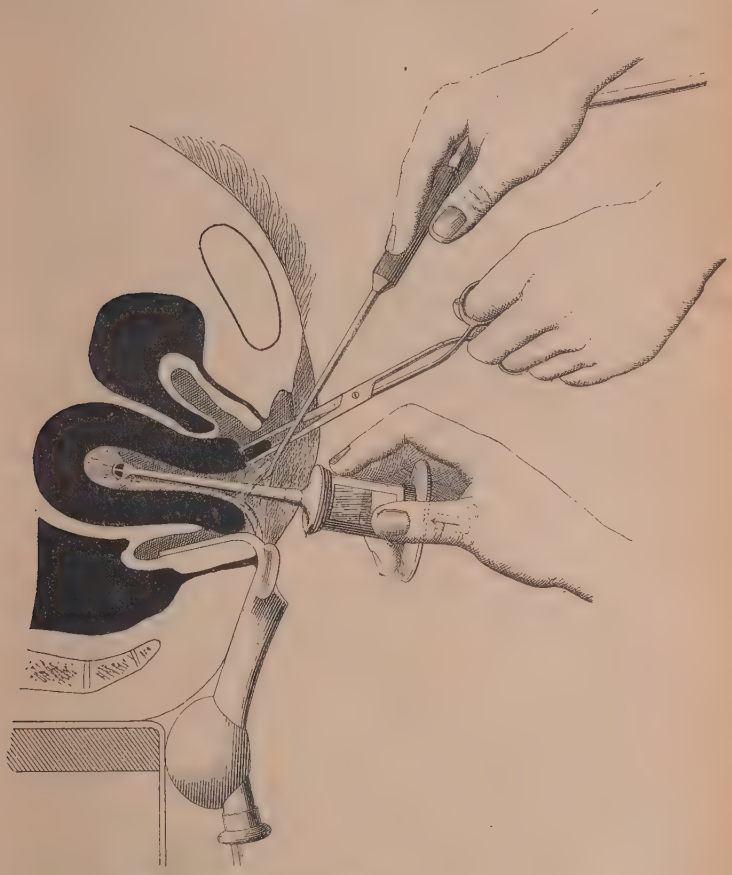


Fig. 253. — Cautérisation intra-utérine.

La cautérisation terminée, injection dans la cavité utérine avec la curette irrigatrice, mais sans exercer de frottement.

Si après cette intervention le sang arrive en abondance, ce qui est exceptionnel, je fais un tamponnement intra-utérin à la gaze iodoformée, qui arrête de suite l'hémorrhagie (fig. 254).

Cette précaution est bien rarement nécessaire, et je me contente habituellement d'un tamponnement vaginal avec une bande de gaze iodoformée ou salolée, bande qui est retirée au bout de vingt-quatre heures (fig. 255).

La malade reste une semaine au lit, après quoi elle peut se lever et reprendre ses occupations habituelles.

Les injections vaginales sont inutiles, à moins qu'il n'y ait de

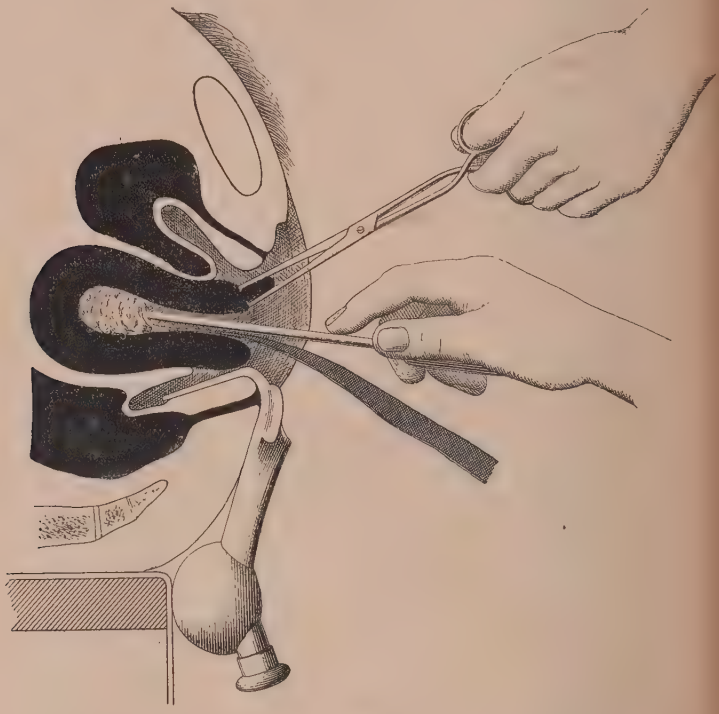


Fig. 254. — Tamponnement intra-utérin a la gaze iodoformée ou salolée.

l'écoulement sanguin pendant les jours consécutifs. Il faut, autant que possible, éviter l'usage de ces injections quand il n'est pas indiqué; beaucoup de femmes et de gynécologues en font un véritable abus.

Tels sont les trois principaux traitements qu'on peut opposer à l'endométrite, un mot d'appréciation sur chacun d'eux pour arriver à déterminer leurs indications.

Le crayon de chlorure de zinc constitue une méthode simple et peu dangereuse quant aux accidents immédiats, mais par son action énergique il détruit toute la muqueuse utérine qui est remplacée par du tissu fibreux, d'où perte pour l'organe de sa fonction physiologique : suppression plus ou moins prolongée de l'écoulement mens-

truel, règles douloureuses quand elles reviennent, conception impossible ou rare. — On a signalé à la suite de ces cautérisations le rétrécissement et même l'oblitération de l'orifice interne de l'utérus ou de l'orifice utérin des trompes amenant l'hématomètre ou l'héma-

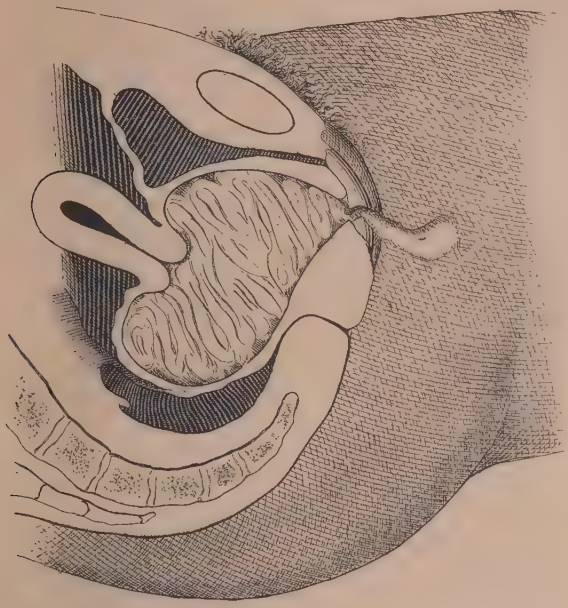


Fig. 255. — Tamponnement vaginal avec une bande de gaze iodoformée ou salolée.

tosalpinx et nécessitant par conséquent à leur suite de sérieuses interventions. Pour ces diverses raisons le crayon au chlorure de zinc est abandonné, d'autant plus que les deux autres méthodes ne présentent aucun des graves inconvénients dont il est passible.

Le choix reste à faire entre les pansements antiseptiques et le curage.

Le curage, pratiqué par une main exercée et avec toutes les règles de l'antisepsie, est sans dangers ; il ne détruit que momentanément la muqueuse qui ne tarde pas à se reformer ainsi qu'en témoigne la figure 256. Il réussit dans la grande majorité des cas à guérir l'endométrite, à la condition d'être fait bien complètement, les récidives ne se montrent guère que dans un cas sur vingt environ, et appartiennent souvent à des cas où le curage aurait dû être accompagné d'une autre opération, l'amputation du col par exemple. Ces cas

vont être examinés tout à l'heure avec la métrite généralisée. — Il constitue, il est vrai, une opération nécessitant le plus souvent l'emploi du chloroforme ; c'est le principal reproche que lui font les malades et quelques médecins. Mais l'avulsion d'une dent

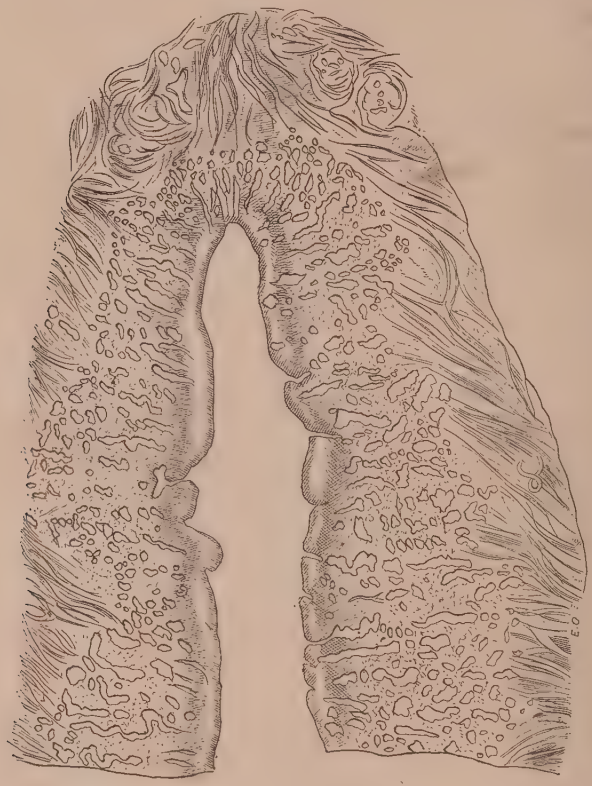


Fig. 256. — Réformation de la muqueuse utérine après le curage (Martin).

n'est-elle pas aussi une opération, de même que l'ouverture d'un panaris, hésite-t-on cependant un seul instant à cette intervention quand elle est nécessaire ? Il doit en être et il en sera probablement de même pour le curage, quand il sera mieux connu. Cette thérapeutique est sans contredit la meilleure et la plus sûre pour l'endométrite, *à la condition d'être bien faite*, et c'est à elle qu'il faut accorder la préférence, car elle est la meilleure comme résultats et n'expose à aucune complication.

Toutefois chez les malades qu'effraie cette intervention, ou dans

les cas d'endométrite légère on pourra recourir aux pansements antiseptiques, soit cautérisation à la créosote au tiers après dilatation préalable à la laminaire, soit application de crayons antiseptiques. Ces médications sont en général sans dangers, cependant l'application de la laminaire est très douloureuse chez certaines femmes et cause pendant douze heures des malaises prononcés ; les crayons aussi amènent parfois des coliques utérines qui persistent pendant quelques heures après leur application, de telle sorte que la femme, pour éviter les ennuis de l'opération du curage, souffre en réalité bien davantage avec ces petits moyens dont l'efficacité est beaucoup moins grande, qu'il faut répéter plusieurs fois, qui nécessitent souvent (au moins quant aux crayons) un traitement prolongé, et qui assurent beaucoup moins bien la guérison. Les complications sont rares après leur emploi, cependant de loin en loin on note des accidents d'inflammation périutérine, qu'on n'observe pas à la suite des curages biens faits.

Donc curage, méthode de choix, ne recourir aux pansements antiseptiques que comme pis aller ou dans certains cas très légers.

2° Métrite généralisée.

Quand l'endométrite a duré un certain temps, le muscle utérin ne tarde pas à se prendre, l'inflammation utérine devient générale, tantôt et plus souvent prédominante au col, tantôt au corps de l'organe.

La métrite, soupçonnée par ses phénomènes douloureux, par les pertes blanches et rouges dont elle est la source, par l'altération des fonctions digestives et l'amaigrissement qu'elle provoque, se reconnaît au *toucher* et au *spéculum*.

Toucher. — Le toucher, qui doit toujours être aidé du palper, renseigne sur le volume, la consistance, la sensibilité et la situation de l'utérus.

Un utérus augmenté de volume, plus ou moins induré (le ramollissement n'existe qu'avec la métrite aiguë), sensible, est un utérus enflammé ; il n'est pas rare de trouver une déviation associée à l'inflammation, mais elle n'est qu'une complication, nous n'avons pas à nous en occuper ici.

Les autres affections auxquelles il faut penser après avoir fait cette constatation, sont la *grossesse*, les *fibrômes*, le *cancer*.

Avec la grossesse on a la suppression des règles, les phénomènes sympathiques, la mollesse spéciale et pathognomonique de l'utérus. — Dans les cas douteux, attendre.

Dans les fibrômes, inégalité de l'utérus, hémorrahgies souvent abondantes, augmentation de volume d'habitude plus considérable ; à l'hystéromètre cavité utérine très agrandie et anfractueuse. Toutefois dans certains cas de fibromes interstitiels le diagnostic est très difficile, d'autant plus que les fibrômes s'accompagnent souvent d'un certain degré de métrite qu'ils provoquent ou qui coïncide. Dans ces cas douteux, et alors qu'on décide le curage, il sera bon de faire avec la laminaire une dilatation suffisante pour pouvoir introduire l'index, car souvent cette exploration intra-utérine, d'ailleurs sans danger, révèle l'existence d'un ou de plusieurs fibrômes.

Le cancer du corps utérin, le seul que nous ayons en vue pour l'instant, s'accompagne d'hémorrhagies abondantes, d'amaigrissement rapide, et parfois d'un écoulement fétide. Tels sont les seuls signes, qui pourront faire songer à son existence. Le curage, pratiqué à la fois dans un but diagnostique et thérapeutique, permettra par l'intermédiaire du microscope de poser le diagnostic du néoplasme, s'il existe.

Spéculum. — Le spéculum découvre le col et le montre altéré comme *volume*, *forme* et *coloration*.

Le *volume* est augmenté, l'inflammation a épaissi les tissus qui constituent la paroi cervicale.

La *forme* est plus ou moins altérée par les déchirures qui sont survenues au moment de l'accouchement, cause la plus fréquente de la métrite.

La *coloration* est enfin modifiée, au lieu du rose physiologique, nous trouvons tous les tons du rouge inflammatoire (voir pl. coloriées X et XI).

Cette coloration avait fait supposer avant l'intervention du microscope que le col était ulcéré, d'où le long chapitre :

ULCÉRATIONS DU COL

qu'on trouve décrit dans tous les traités de gynécologie. Mais l'ulcération n'est qu'apparente, puisque au microscope (voir p. 198) nous l'avons vue recouverte d'une couche épaisse d'épithélium. Les

PLANCHE X

Fig. 1. — Granulations du col ; vaginite.

(Mann.)

Fig. 2. — Ectropion du col d'aspect granuleux.

(Mann.)

Fig. 3. — Déchirure multiple du col avec endométrite légère.

(Mann.)

Fig. 4. — Lacération du col avec ectropion formant 3 lobes distincts.

(Mann.)

Fig. 5. — Ectropion de la lèvre antérieure.

(Mann.)

Fig. 6. — Orifice externe de l'utérus béant, et laissant voir la muqueuse cervicale enflammée.

(Mann.)

Fig. 3

A. Lefèvre, Pinx. & lith.

O. DOIN, Ed.

PLANCHE XI

Fig. 1. — Déchirure latérale gauche du col, avec inflammation au niveau de la déchirure.

(Mann.)

Fig. 2. — Déchirures du col, de forme étoilée, avec ectropion inflammatoire.

(Mann.)

Fig. 3. — Déchirures multiples du col, surtout prononcées transversalement ; ectropion inflammatoire.

(Mann.)

Fig. 4. — Déchirures multiples du col, large ectropion inflammatoire recouvrant toute la surface visible du col.

(Mann.)

Fig. 5. — Large déchirure transversale du col avec ectropion inflammatoire.

(Mann.)

Fig. 6. — Déchirure irrégulière du col, avec ectropion inflammatoire, prédominant à la lèvre postérieure et prenant une forme végétante.

(Mann.)

A. LEFEVRE, Pinx. & lith. O. DOIN, éditeur MONROCQ & Fils.

PLANCHE XII

Fig. 1. — Chancres syphilitiques du col.

(Fournier : Leçons cliniques sur la syphilis.)

Fig. 2. — Syphilides érosives et papuleuses du col.

(Fournier : Leçons cliniques sur la syphilis.)

Fig. 3. — Syphilides papulo-hypertrophiques du col.

(Fournier : Leçons cliniques sur la syphilis.)

Fig. 4. — Syphilides opalines en cocarde.

(Fournier : Leçons cliniques sur la syphilis.)

Fig. 5. — Syphilides diphtéroïdes.

(Fournier : Leçons cliniques sur la syphilis.)

Fig. 6. — Herpès du col.

(Auvard.)

Fig. 7. — Chancres mous du col.

(Auvard.)

Fig. 8. — Cancer du col au début.

(Auvard.)

O. DOIN, Editeur.

Imp. Monrocq, à Paris

lésions sont juste l'opposé de celles de l'ulcération, car le rempart épithélial qui protège la partie altérée est exagéré.

Cette pseudo-ulcération du col, constituée, ainsi que nous l'avons vu, par un ectropion de la muqueuse cervicale, peut prendre les aspects les plus variés, d'où la richesse descriptive bien inutile de certains gynécologues sur ce sujet; ces configurations diverses la rendent susceptible d'être confondue avec des ulcérations vraies avec lesquelles il importe de savoir établir le diagnostic.

Telles sont (voir pl. coloriée XII) :

Les ulcérations syphilitiques ;
Les chancres mous ;
L'herpès ;
Le cancer du col ;
Les ulcérations traumatiques.

Ulcérations syphilitiques. — Chancre induré, plaques muqueuses.

Chancre induré : Ulcération de la surface d'une lentille à celle d'une pièce de 50 centimes, siégeant à une certaine distance de l'orifice externe; surface lisse et unie ; couleur jambonnée ou gris bleuâtre. Indolence. Sécrétion peu abondante. En cas de doute attendre les manifestations secondaires de la syphilis.

Plaques muqueuses : Les unes légèrement saillantes, les autres plates, les troisièmes rongeantes. Couleur grisâtre; siège sur le col à une certaine distance de l'orifice externe. Rapidement modifiées par les traitements local et général combinés. Coïncidence d'autres manifestations syphilitiques, aidant singulièrement le diagnostic.

Chancres mous. — Le chancre mou se présente sur le col avec les mêmes caractères qu'à la vulve. Ulcération à bords arrondis, taillés à pic, à fond jaunâtre ou grisâtre, coïncidant le plus souvent avec les chancres mous vulvaires.

Les chancres mous de même que le chancre induré, sont relativement rares sur le col utérin.

Herpès. — La période vésiculaire de l'affection passe en général inaperçue et on n'observe que l'ulcération. — Ulcération superficielle à bords polycycliques, c'est-à-dire formés par l'accolement d'une série de fragments d'anneaux (fig. 166, p. 162). Fond jaunâtre, souvent recouvert d'une mince pseudo-membrane. Orifice externe res-

pecté; l'affection siège franchement sur la portion vaginale du col sans pénétrer dans la cavité cervicale. Coïncidence assez fréquente de l'herpès vulvaire. (L'herpès du col ne dure en général que quelques jours, cependant quand il y a coïncidence d'endométrite ou de vaginite, et quand il est entretenu par des pansements peu appropriés, il persiste pendant plusieurs semaines.) L'ulcération peut être très modifiée par les pansements et la cautérisation de telle sorte qu'elle devient méconnaissable; dans ce cas, on arrivera au diagnostic par exclusion.

Cancer du col. — Le cancer du col sera étudié dans un chapitre ultérieur. Il se manifeste au début, seule période où son diagnostic est difficile, par une petite ulcération, tantôt limitée, tantôt assez étendue alors surtout qu'elle se greffe sur une ancienne métrite, ce qui est assez fréquent, s'indurant assez rapidement, et saignant aisément au contact du doigt. L'ongle ou un instrument peut facilement en détacher une parcelle, dont l'examen microscopique dira la nature.

L'induration, la tendance hémorrhagique de l'organe malade, la facilité de détacher une parcelle du tissu, sont les trois caractères qui guideront le plus sûrement le diagnostic, et auxquels le microscope viendra donner un appui considérable, bien qu'en quelques cas il ne puisse toujours décider d'une façon formelle; il existe en effet des transitions entre l'endométrite simple et l'épithélioma dont les caractères ne sont pas suffisamment nets pour permettre de se prononcer d'une façon absolue.

Ulcérations traumatiques. — A la suite d'une opération sur le col, d'une incision, d'une cautérisation énergique au fer rouge, on voit parfois persister pendant plusieurs semaines une ulcération, dont les antécédents rendront en général le diagnostic facile.

On a encore décrit des ulcérations eczémateuses, echthymateuses, tuberculeuses, mais leur existence n'est pas prouvée, et il serait téméraire à l'heure actuelle d'en tenter le diagnostic.

Au point de vue spécial qui nous intéresse, nous avons à établir deux grandes catégories d'ulcérations :

Les *ulcérations vraies* (syphilis, chancre mou, herpès, cancer, traumatisme);

Les *pseudo-ulcérations*, résultant de l'inflammation utérine (ectropion).

Les caractères précédemment indiqués permettront le diagnostic, mais ces deux catégories sont distinguées par la différence même du siège :

Les *ulcérations vraies* sont *concentriques*, c'est-à-dire que, commençant par la portion vaginale du col, elles se dirigent vers l'orifice externe et la cavité cervicale sans les atteindre d'habitude.

Les *pseudo-ulcérations* au contraire sont *excentriques*, c'est-à-dire que, commençant par la cavité cervicale et l'orifice externe, elles envahissent secondairement la partie libre du col.

Cette allure générale des vraies et pseudo-ulcérations pourra servir à établir leur diagnostic différentiel.

La métrite généralisée est diagnostiquée, étudions le *traitement* à lui opposer.

Ce traitement peut être *médical* ou *chirurgical*.

Traitement médical :

Repos au lit. Le séjour au lit n'est pas indispensable, mais les résultats fournis par les autres moyens seront d'autant plus efficaces que le repos sera plus complet.

Laxatifs et toniques.

Révulsifs abdominaux : soit des vésicatoires répétés si la femme garde le lit, sinon des pointes de feu une ou deux fois par semaine sur la paroi abdominale.

Injections vaginales quotidiennes, soit chaudes à la température de 45 à 50°, soit froides 10 à 20°, avec une solution boriquée à 3 p. 100 ou phéniquée à $\frac{1}{100}$ ou sublimée à $\frac{1}{4000}$. La femme devra prendre ces injections, le corps étant dans la position horizontale, et le reflux hors de la vulve étant modéré par l'apposition de la main, ainsi que cela a été indiqué page 63. Ces précautions sont indispensables, car les injections telles que les prennent la plupart des femmes accroupies sur un bidet, sont parfaitement inutiles ; ce sont des pseudo-injections.

Pansements, qui seront faits deux fois par semaine en dehors de l'époque des règles et qui constituent la base du traitement.

Ces pansements consisteront : 1° en scarifications ; 2° cautérisation à la créosote ; 3° application d'un crayon antiseptique dans

l'utérus; 4° placement d'un tampon recouvert de poudre de salol.

Les scarifications pour être réellement efficaces devront atteindre toute la muqueuse malade, et être pratiquées par conséquent dans la

Fig. 257. — Râteau utérin.

cavité cervicale ainsi que sur l'ectropion. On se servira pour la cavité cervicale du râteau ou herse de Doléris (représenté par la figure 257) qui permettra de labourer la cavité cervicale de la pro-

Fig. 258. — Scarificateur lance.

Fig. 259. — Bistouri scarificateur.

fondeur vers la superficie. L'ectropion sera attaqué avec une pointe quelconque, celle du scarificateur (fig. 258) ou d'un bistouri (fig. 259)

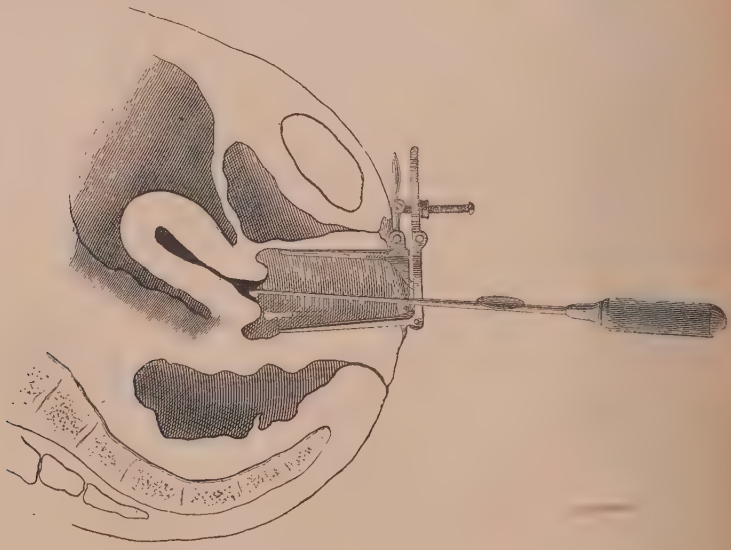


Fig. 260. — Ratissage utérin.

ou simplement avec le même rateau qu'on a promené dans la cavité cervicale et qui peut agir en surface au pourtour de l'orifice externe (fig. 260).

Inutile de dire que ces instruments doivent être aseptiques, et que, avant de faire le pansement, il faut avoir par une injection préalable assuré l'asepsie du vagin et du col. Ces précautions sont banales, et il doit être superflu de les recommander à propos de toute intervention.

La scarification a un double but : — décongestionner le col et par là même tout l'utérus, grâce à la saignée qu'elle opère ; — ouvrir toutes les glandes malades de manière à pénétrer jusqu'aux culs-de-sac les plus profonds, où il faut aller dénicher les nids, centres de pullulation microbienne et causes de l'inflammation cervicale.

Aussitôt la scarification terminée injection antiseptique, suivie de l'application sur la région scarifiée d'un petit tampon d'ouate imbibé de solution créosotée à $\frac{1}{3}$; on renouvellera ce pansement trois fois à l'intervalle de quelques secondes, de manière à bien cautériser la surface scarifiée.

Introduction dans l'utérus d'un crayon antiseptique comme pour l'endométrite simple (voir p. 247).

Saupoudrer tout le col avec du salol.

Appliquer un tampon de coton hydrophile, maintenant le crayon utérin, et isolant le col de la surface vaginale voisine.

Faire enlever le tampon au bout de vingt-quatre heures et reprendre les injections vaginales à partir de ce moment.

Ce pansement peut être pratiqué au domicile de la patiente ou dans le cabinet du médecin ; dans ce dernier cas, la malade avant de s'en aller fera bien de se reposer pendant un quart d'heure.

Ce traitement, pour assurer la guérison, demande à être prolongé pendant deux à trois mois, quelquefois davantage ; la durée du traitement varie d'ailleurs avec l'étendue et la profondeur des lésions. Il suffit à la guérison des cas légers, mais dans la métrite rebelle, il n'amène ordinairement qu'une amélioration sans assurer la guérison complète.

Traitement chirurgical :

Le traitement chirurgical consiste à faire :

1° Le *curage*, comme pour l'endométrite simple ;

2° La *réparation* du col.

Les deux se pratiquent dans la même séance opératoire.

Je n'insiste pas sur le curage dont le manuel opératoire a déjà été décrit et je passe de suite à la *réparation du col.*

Le col est tantôt déchiré, tantôt enflammé, tantôt l'un et l'autre à la fois.

Fig. 261. — Avivement.

Fig. 262. — Placement des sutures.

Fig. 263. — Sutures serrées.
Trachélorraphie ou opération d'Emmet.

Le col déchiré laisse la cavité cervicale béante, baignant dans le mucus vaginal qui est pour elle un irritant; si on veut mettre fin à l'endométrite il faut la refermer, absolument comme il faudrait reconstituer une paupière déchirée pour remédier à la conjonctivite amenée par l'insuffisance palpébrale.

La réparation de la déchirure s'appelle *trachélorraphie* ou *opération d'Emmet*.

Les figures 261, 262, 263 que j'emprunte à Skene expliquent mieux cette opération, que ne le ferait la description la plus détaillée. On y voit l'avivement, le placement des sutures qu'il faut pratiquer à la soie ou au crin de Florence, l'accolement des surfaces réunies par les sutures.

Les fils doivent être enlevés au bout de quinze jours.

En pratiquant cette opération, il faut avoir bien soin d'enlever avec le bistouri, les nodules cicatriciels qui se trouvent souvent à l'angle même de la déchirure, et qui constituent des petits points douloureux continuant à faire souffrir les malades, alors qu'on néglige de les déraciner; ce sont de véritables *clous douloureux* qu'il importe d'arracher.

Pour remédier à l'inflammation, il faut enlever la muqueuse malade et faire, à cet effet, la *trachélotomie* ou *opération de Schrœder*.

Le col étant attiré à la vulve avec des pinces de Museux, fixées l'une sur la lèvre antérieure, l'autre sur la postérieure, sectionner le col transversalement à droite et à gauche à l'aide de ciseaux (fig. 264) dans la profondeur d'un bon centimètre.

Le résultat est celui indiqué par la figure 265.

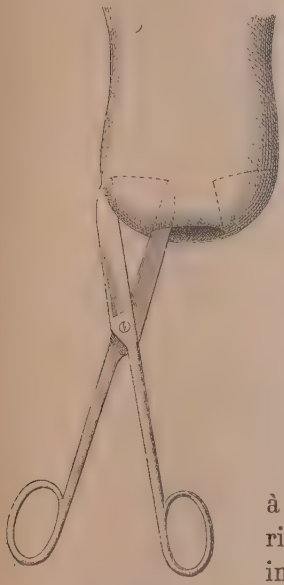


Fig. 264.
Section transversale du col.

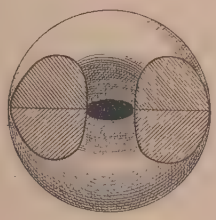


Fig. 265.
Résultat de la section transversale du col.

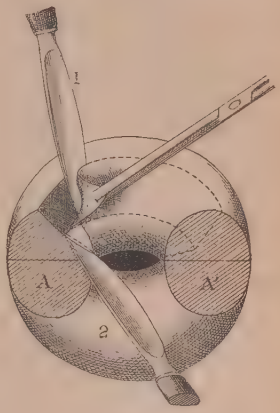


Fig. 266.
Amputation de la partie superficielle du col.

1, premier trait de section. — 2, deuxième trait de section. — A et A' représentent la section transversale préalablement faite aux ciseaux.

Saisir alors la lèvre antérieure avec une pince à disséquer, pendant qu'un aide tient la postérieure avec une pince de Museux et faire une incision en V (fig. 266) dont une branche est très petite et l'autre très allongée, de manière à enlever toute la muqueuse malade.

A l'aide d'aiguilles à petite courbure, passer des fils de *catgut*, ainsi qu'on le voit dans la figure 267 et lier ces fils de manière à obtenir l'affrontement indiqué par la figure 268.

Même opération pour la lèvre postérieure.

La figure 269 montre le profil de l'incision et la manière dont les sutures doivent être passées; quand les sutures sont serrées on a le résultat indiqué par la figure 270.

Quand les deux lèvres sont ainsi amputées, refermer toujours avec du catgut les incisions latérales faites au début de l'opération, ainsi que le représente la figure 268.

Les sutures terminées, tamponnement vaginal à la gaze iodoformée ou salolée, qu'on laisse quarante-huit heures en place.

Injections vaginales douces à partir du quatrième jour.

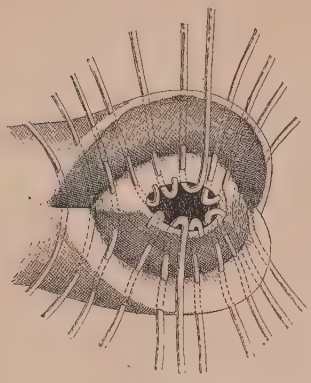


Fig. 267.
Placement des sutures (catgut).

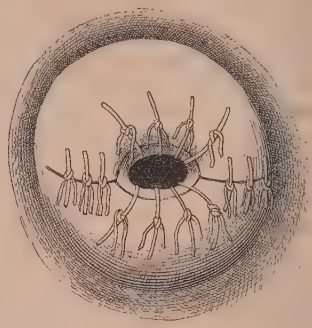


Fig. 268.
Sutures serrées.

Les fils (catgut) se résorbent. Après quinze jours, il sera bon de

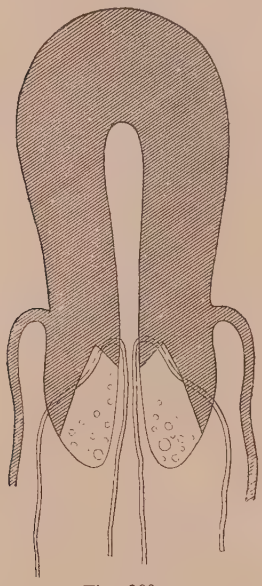


Fig. 269.
Profil de l'amputation du col, et du placement des sutures.

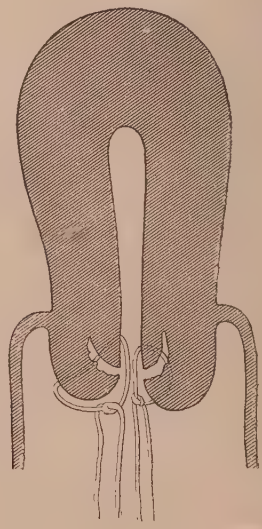


Fig. 270.
Profil montrant l'action des sutures serrées.

faire quelques pansements au salol pour aider à la cicatrisation des quelques points, qui n'ont pas été réunis par première intention.

L'*opération d'Emmet ou trachéloraphie* a pour but de refermer le col déchiré, de le reconstituer dans sa forme normale; l'*opération de Schrœder ou trachélotomie* enlève le tissu malade, et amène secondairement un travail d'involution au niveau du col et même dans tout l'utérus.

La première convient donc aux déchirures cervicales, la seconde aux inflammations. Le plus souvent ces deux états pathologiques sont réunis et on arrive à combiner les deux opérations et à faire un *Schrœder-Emmet*, une *trachéloraphotomie*.

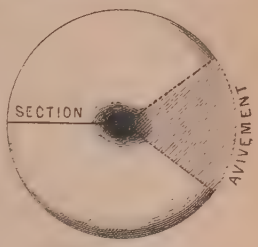


Fig. 271.— Incision simple à gauche. Avivement à droite où il y a une déchirure.

Dans ce but on pratiquera du côté de la déchirure un avivement comme pour une opération d'Emmet ordinaire (fig. 271), bilatérale si la déchirure est double, et on continuera après un avivement qui simulera celui produit par la section du col dans la trachéloraphie ordinaire, par l'amputation des lèvres comme dans l'opération de Schrœder. — L'opérateur comprendra facilement la manière de combiner ces deux opérations, pourvu qu'il ait l'instinct chirurgical et saura ainsi arriver sans difficulté à la *réparation du col* et à sa restitution *ad integrum*.

Le traitement chirurgical de la métrite généralisée, tel qu'il vient d'être indiqué, fait par une main habile et antiseptique ne présente aucun danger, c'est une opération essentiellement bénigne.

Il constitue le traitement de choix pour toutes les métrites chroniques où le col est atteint, ce qui est la règle.

C'est donc au traitement chirurgical qu'il faudra donner la préférence, et réserver le traitement médical pour les cas légers, et pour les femmes, qui ne veulent pas accepter d'intervention opératoire.

Dans le traitement de la métrite, j'ai omis volontairement toute une série de moyens autrefois en honneur, notamment les cautérisations au fer rouge. Si je mentionne ces cautérisations ce n'est que pour les proscrire absolument. Le bistouri est bien plus sûr et plus inoffensif que le fer rouge. Ce dernier moyen, outre qu'il est parfois suivi d'inflammations péri-utérines graves, détruit mal les tissus malades, son action est toute superficielle de telle sorte que dans le tissu cautérisé on laisse des glandes pathologiques, qui continuent à

entretenir la maladie. Au lieu d'améliorer la situation par ces cautérisations, on ne fait que l'aggraver, en fermant par du tissu cicatriciel les orifices de ces glandes enflammées.

La grande supériorité du bistouri est qu'il permet de voir et d'atteindre tout le tissu malade ; son intervention est radicale ; en outre son action est plus douce et moins dangereuse que celle du fer rouge.

3° Salpingo-ovarite.

La salpingo-ovarite peut être simple ou kystique et dans ce dernier cas le contenu est tantôt du sang, tantôt de la sérosité, tantôt du pus. — Le diagnostic et le traitement des salpingo-ovarites kystiques seront exposés avec les tumeurs génitales, je ne m'occuperai donc ici que des *salpingo-ovarites non kystiques*.

La *trompe* à l'état normal n'est pas perceptible par le toucher vaginal combiné au palper.

Toute trompe qu'on sent avec le doigt par le toucher vaginal est donc pathologique. — Si la sensation est celle d'un cordon dur, roulant sous le doigt, mince au niveau de la corne utérine, un peu plus gros en se rapprochant du pavillon et de l'ovaire, il s'agit d'une *salpingite parenchymateuse*.

L'*ovaire* est souvent perceptible au toucher dans les conditions physiologiques. On le trouve sous forme d'une amande douloureuse, soit au niveau de la fossette rétro-ovarienne, soit du cul-de-sac de Douglas. La sensation qu'il donne au doigt explorateur et celle toute spéciale dont il est la source pour la femme examinée, ne permet guère l'erreur ; un gynécologue exercé sait de suite reconnaître l'ovaire.

Cette recherche devient encore plus aisée, quand l'ovaire est enflammé, car l'exagération de son volume, sa plus grande sensibilité, sa procidence dans la fossette rétro-ovarienne ou le cul-de-sac de Douglas rendent son accès plus facile. — Cordon douloureux partant de la corne utérine pour aller à l'ovaire ordinairement accessible dans la fossette rétro-ovarienne ou le cul-de-sac de Douglas, et augmenté lui-même de volume quand il est pathologique, telle est la caractéristique de la salpingo-ovarite non kystique.

Aucune affection péri-utérine ne peut à un examen attentif être confondue avec cette maladie.

Le *traitement chirurgical* de la salpingo-ovarite non kystique

consiste dans l'ablation des annexes par la laparotomie, mais cette ablation ne devra être conseillée et pratiquée que dans des cas exceptionnels, alors que, malgré les moyens médicaux employés, les douleurs sont telles qu'elles rendent à la femme la vie réellement intolérable.

Le *traitement médical* comprendra :

Le repos au lit ;
Les reconstituants et laxatifs ;
Les révulsifs ;
Le massage et l'électricité ;
Le traitement de la métrite concomitante.

Le repos au lit doit être absolu ; la malade ne mettra pas le pied à terre pendant plusieurs semaines. Le repos horizontal, dont l'importance est mal comprise de beaucoup de médecins et de la plupart des malades, n'est réellement efficace qu'à la condition d'être radical. Cette suspension complète de la vie debout, doit être accompagnée d'une quarantaine sexuelle rigoureuse ; le mari fera lit à part. Ce repos général et local, que je désignerai sous le nom de *repos gynécologique*, pourrait être suffisant dans un certain nombre de cas pour la guérison d'affections gynécologiques variées, alors qu'elles ne sont pas accompagnées de lésions profondes.

Reconstituants et laxatifs habituels.

Révulsifs : vésicatoires ou pointes de feu. — Les vésicatoires sont préférables, quand l'élément inflammatoire est prédominant ; les pointes de feu au contraire, quand l'élément douloureux et névropathique joue le rôle principal dans la maladie.

Alors que les phénomènes aigus ou subaigus sont tout à fait calmés, on se trouvera bien pour calmer la douleur de l'emploi de l'*électricité* galvanique ou mieux faradique, un pôle dans le vagin, l'autre sur la paroi abdominale, et pour diminuer le volume de la tumeur du *massage*, fait trois fois par semaine pendant dix minutes à chaque séance. Il sera bon de masser, non seulement la trompe malade, mais l'utérus et les ligaments larges, de manière à fortifier tout l'appareil génital et à régulariser la circulation dans son intérieur.

Enfin il ne faudra pas omettre de traiter la métrite, qui existe presque toujours simultanément. On appliquera contre elle les moyens indiqués précédemment. Après la guérison de la métrite on obtient généralement une notable amélioration et parfois la guérison de la

salpingo-ovarite non kystique ; les deux traitements pourront d'ailleurs être concomitants.

4° Pelvi-cellulite et pelvi-péritonite.

Je réunis la pelvi-cellulite et la pelvi-péritonite, car le traitement présente la plus grande analogie dans les deux cas, que l'inflammation aboutisse ou non à la suppuration.

Le diagnostic de ces inflammations péri-utérines peut être résumé dans les trois propositions suivantes que j'emprunte à M. Delbet[1].

« *Une tumeur franchement postérieure, qui déprime le cul-de-sac vaginal et repousse l'utérus directement en avant, n'est jamais un phlegmon,* quelles que soient les conditions dans lesquelles elle s'est développée. Si cette humeur s'est développée rapidement avec des symptômes inflammatoires manifestes, si elle est régulière, rappelant par sa forme la grosse extrémité d'un œuf, ce ne peut être qu'une hématocèle ou une pelvi-péritonite. »

« *Une tumeur latérale, qui déprime et surtout empâte la paroi du vagin, qui adhère à l'utérus et se confond pour ainsi dire avec le col, qui adhère au pelvis, qui est absolument immobile et dont la surface présente de petites irrégularités est symptomatique d'un phlegmon :* Les trois signes cardinaux sont : 1° le siège nettement latéral ; 2° la continuité avec l'utérus sans sillon de séparation ; 3° l'immobilité. »

« *Une tumeur rétro-latérale, haut située, à surface bosselée, séparée de l'utérus par un sillon manifeste, est presque toujours due dans les conditions supposées à une salpingite ou plutôt à une péri-salpingite.* »

Les inflammations péri-utérines pourraient être confondues avec l'hématocèle, la grossesse extra-utérine, les tumeurs pelviennes, surtout quand elles se compliquent d'inflammation ; le diagnostic différentiel sera étudié ultérieurement à propos de ces diverses tumeurs.

La tumeur inflammatoire est-elle ou non suppurée ? Ce diagnostic est des plus importants au point de vue de la conduite à tenir, car

[1] *Des suppurations pelviennes chez la femme*, 1891, p. 260.

le traitement doit être médical quand il n'y a pas suppuration, et au contraire chirurgical quand l'abcès est constitué.

On pensera à la suppuration quand les symptômes prennent une gravité croissante malgré le traitement institué; quand au contraire il y a atténuation des symptômes, on peut espérer la résolution; toutefois il faut surveiller l'ouverture possible d'un abcès dans une cavité naturelle. L'écoulement du pus avec les matières fécales, l'urine, ou par la vulve, permet en général un diagnostic facile.

C'est par l'examen direct qu'on pourra savoir si l'inflammation est ou non suppurée, bien que le diagnostic, quelquefois facile, reste souvent très nuageux. Quand en effet le doigt vaginal aidé de la main abdominale perçoit une fluctuation nette, le diagnostic n'est pas douteux, il y a abcès. Mais si la collection purulente est profonde, et si l'abcès se compose de plusieurs loges empêchant la fluctuation, les doigts n'éprouvent aucune sensation nette. En pareil cas, il ne faudra pas hésiter à faire par le vagin une ponction exploratrice dans le point le plus accessible de la tumeur; elle devra au besoin être répétée deux à trois fois dans des points voisins. L'aspiration du pus lève les doutes, mais de ce que le trocart n'a rien ramené on ne saurait d'une façon positive conclure à la non-suppuration, car elle peut exister dans une région où la pointe de l'instrument n'a pas pénétré. Dans ce dernier cas, attendre quelque temps pour recommencer la même exploration, si on la juge nécessaire.

La tumeur n'est pas suppurée.

Elle est suppurée.

Voyons le *traitement* dans ces deux cas.

Traitement avant la suppuration :

Repos au lit.

Révulsifs abdominaux : vésicatoires ou pointes de feu. Glace s'il y avait tendance aux phénomènes aigus.

Injections vaginales antiseptiques.

Narcotiques, dont l'effet constipant sera combattu par des laxatifs.

Traitement après la suppuration :

Quand il y a suppuration, l'abcès doit être ouvert par l'incision, car l'évacuation qu'on peut obtenir par la ponction est insuffisante.

Avec M. Delbet je distinguerai les abcès directement abordables, c'est-à-dire qui peuvent être ouverts par une simple incision, et

ceux au contraire, qui n'étant pas directement abordables nécessitent pour être atteints une opération préalable.

a. *Abcès directement abordables.* — Suivant la région, où l'abcès pointe, l'incision peut être faite :

Par le rectum ;
Par le vagin ;
Par la paroi abdominale ;
Par la cuisse (région inguinale);
Par la fesse.

L'ouverture par le rectum est mauvaise, car elle donne lieu à des suppurations interminables, il faut autant que possible faire l'ouverture soit par le vagin [1], soit par la paroi abdominale, avec drainage consécutif.

b. *Abcès non directement abordables.* — Quatre voies sont praticables :

La voie vaginale ;
La voie sacrée ;
La voie parapéritonéale ;
La laparotomie.

La voie vaginale est dangereuse, quand on a un long chemin à faire avant d'arriver au but, à cause des délabrements et des blessures vasculaires, auxquelles elle expose.

La voie sacrée est peu employée.

La voie parapéritonéale, qui consiste à faire une laparotomie sous-péritonéale, en partant du voisinage de l'arcade de Fallope, exige un large décollement du péritoine, qui n'est pas sans inconvénients.

Aussi est-ce en général à la laparotomie transpéritonéale ou ordinaire, à laquelle on a recours.

L'abdomen ouvert, on ponctionne l'abcès pour le vider partiellement de son contenu, on fixe ses parois à celles de l'abdomen, et on tamponne la cavité suppurante avec de la gaze iodoformée.

Si les parois de l'abcès ne peuvent être amenées au contact de la paroi, il sera préférable, si possible, de faire le drainage vaginal et de refermer la cavité du côté de l'abdomen.

Si cette conduite n'était pas praticable après évacuation du pus,

[1] Voir, à cet égard, la méthode de M. Laroyenne, exposée par M. Goullioud, dans les *Archives de Tocologie*, 1891, août, septembre et octobre.

on ferait le tamponnement à la gaze iodoformée, et l'extrémité de la gaze serait conduite jusqu'à la plaie abdominale. Autour de la gaze se forment rapidement des adhérences, qui isolent en quelque sorte

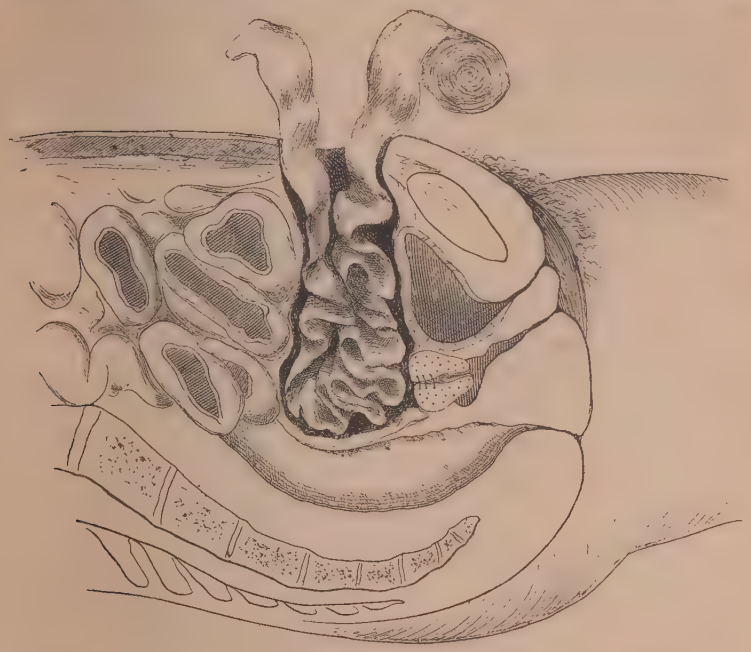


Fig. 272. — Tamponnement intra-abdominal à la gaze iodoformée. (Mikulicz.)

la cavité péritonéale, et qui créent un canal d'évacuation pour l'abcès (Mikulicz).

La gaze est laissée trois jours en place, enlevée avec douceur et remplacée par un gros drain en caoutchouc suivant le même trajet.

5° Suppurations complexes.

L'ouverture des abcès pelviens, suivie du drainage, réussit bien, quand la collection purulente est unique, nettement limitée, que le pus peut facilement s'écouler au dehors et la cavité suppurante se refermer progressivement.

Mais dans les cas de suppurations multiples, ainsi qu'on les observe chez des femmes malades depuis longtemps, femmes qui sont à la fois atteintes en proportions variables, de *salpingo-ovarite*, *pelvi-péritonite*, et *pelvi-cellulite*, sans compter la *métrite* qui

a été le point de départ de ces accidents divers, et qui persiste, la simple ouverture des collections purulentes ne saurait suffire, car à côté des abcès ouverts, il en est d'autres qui sont fermés et fistuleux et dont la suppuration est intarissable.—Toute la cavité pelvienne est une véritable éponge purulente ; une seule opération a ici quelques chances de réussite, c'est la *castration utérine* préconisée par M. Péan.

Cette opération consiste à enlever complètement l'utérus par la voie vaginale en le morcelant, à extraire si possible les annexes, en même temps que lui, et à ouvrir chemin faisant toutes les collections purulentes qui sont à la portée du doigt.

Voici d'ailleurs la technique de cette opération :

CASTRATION UTÉRINE DE M. PÉAN

Cette opération nécessite comme instruments spéciaux de vigou-

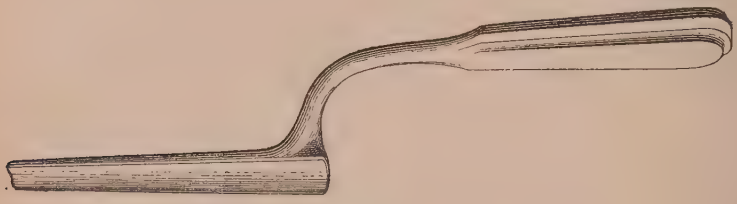


Fig. 273. — Ecarteur vaginal supérieur.

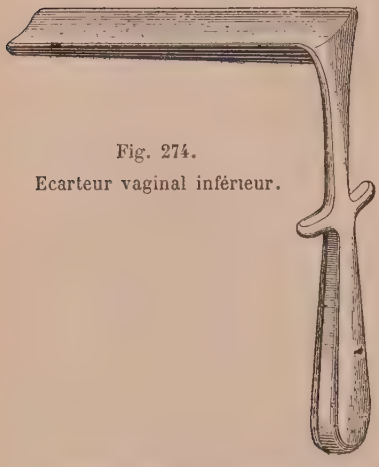


Fig. 274.
Ecarteur vaginal inférieur.

reuses pinces de Museux (fig. 275), des pinces à forci-pressure à mors long et aplati pour pouvoir pincer les ligaments larges (fig. 276), de larges et longs écarteurs (fig. 273-274).

Précautions antiseptiques habituelles.

La femme est placée en position vulvaire. Pourtant M. Péan pour les utérus difficilement abaissables se sert plus volontiers de la position latérale de Sims.

Je vais décrire l'opération dans la position vulvaire, qui me semble la plus commode.

Figure 277.— Le col étant attiré dans la direction de la vulve

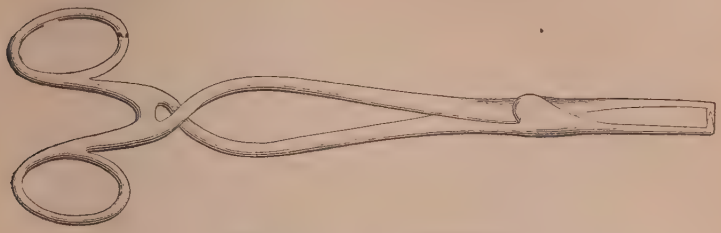


Fig. 275. — Pince de Museux.

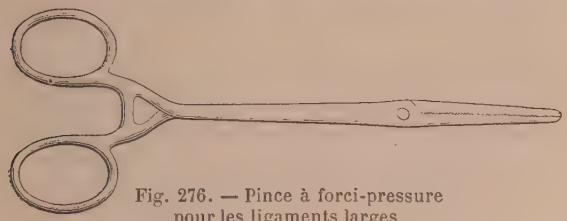


Fig. 276. — Pince à forci-pressure pour les ligaments larges.

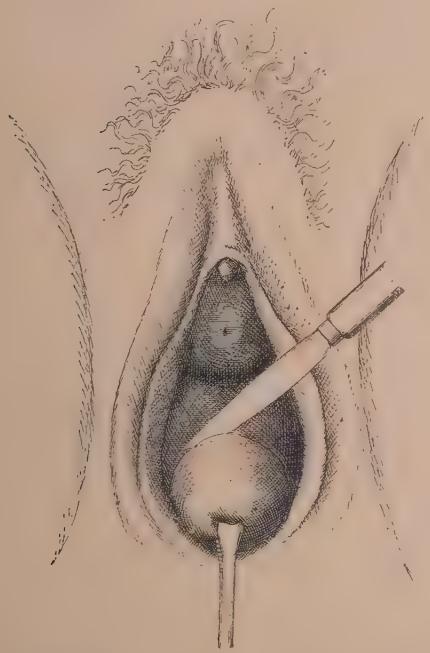


Fig. 277. — Incision circulaire du vagin au niveau du col, pour le désinsérer.

avec les pinces de Museux, incision circulaire au niveau supposé des insertions du vagin.

Figure 278. — Détachement du vagin avec l'ongle de l'index dans une étendue de 3 centimètres en avant et en arrière jusqu'à ce qu'on

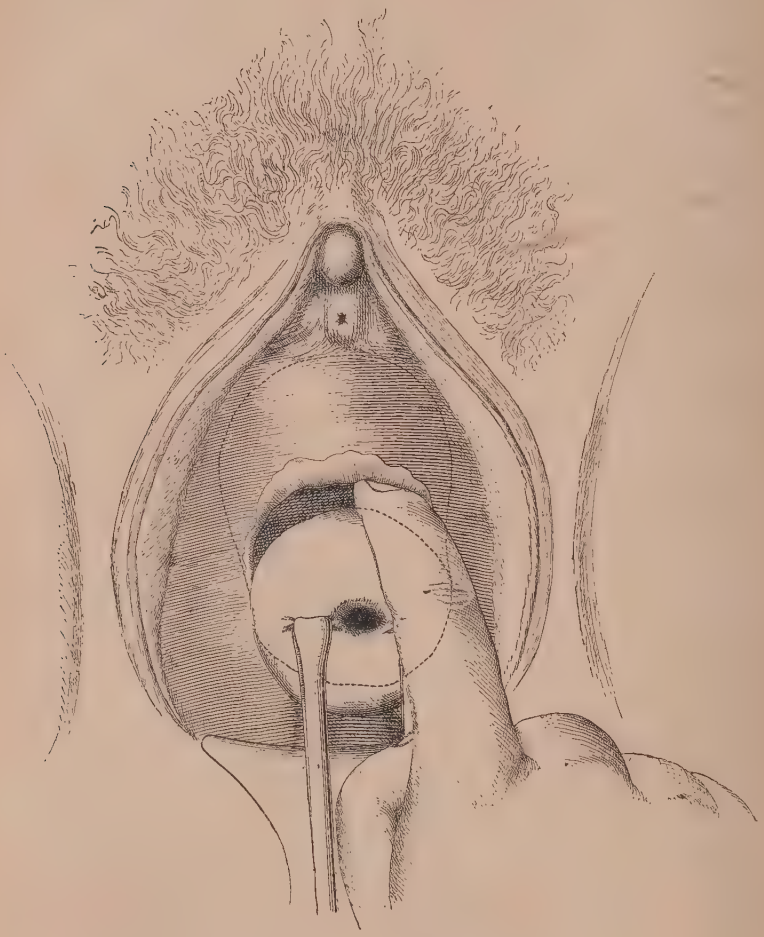


Fig. 278. — Décollement du vagin avec le doigt.

trouve le tissu cellulaire sous-péritonéal, ou qu'on tombe dans le péritoine même qu'on ouvrira de suite.

Figure 279. — Placement d'un écarteur en avant et en arrière, côtoyant les faces antérieure et postérieure de l'utérus.

Figure 280. — Pincement des ligaments larges dans l'étendue de 2 à 3 centimètres, et section de la partie saisie entre la pince et l'utérus.

Même opération du côté opposé.

Figure 281. — Le col se trouvant ainsi détaché et dénudé dans l'étendue de 3 à 4 centimètres, on le fend transversalement à l'aide de ciseaux, et on le fait bâiller en écartant les pinces de Museux (fig. 282) ; chacun des lambeaux est coupé à sa base, et l'utérus est saisi au niveau du point sectionné, une pince en avant

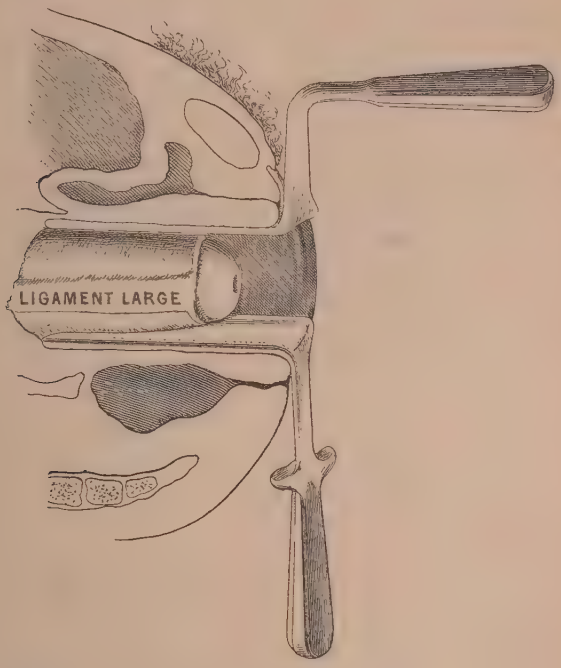


Fig. 279. — Placement des écarteurs vaginaux.

de l'orifice et l'autre en arrière, comme tout à l'heure pour le museau de tanche.

Figure 283. — On recommence la même manœuvre que tout à l'heure, c'est-à-dire pincement d'une nouvelle partie des ligaments larges, section de la partie saisie. Même opération des deux côtés. Nouveau morcellement de l'utérus.

On continue ainsi jusqu'à ce qu'on soit arrivé au fond de l'utérus; chemin faisant on ouvre les collections purulentes qu'on peut sentir avec le doigt, en les dilacérant avec l'extrémité digitale; injection dans le champ opératoire après chaque ouverture d'abcès.

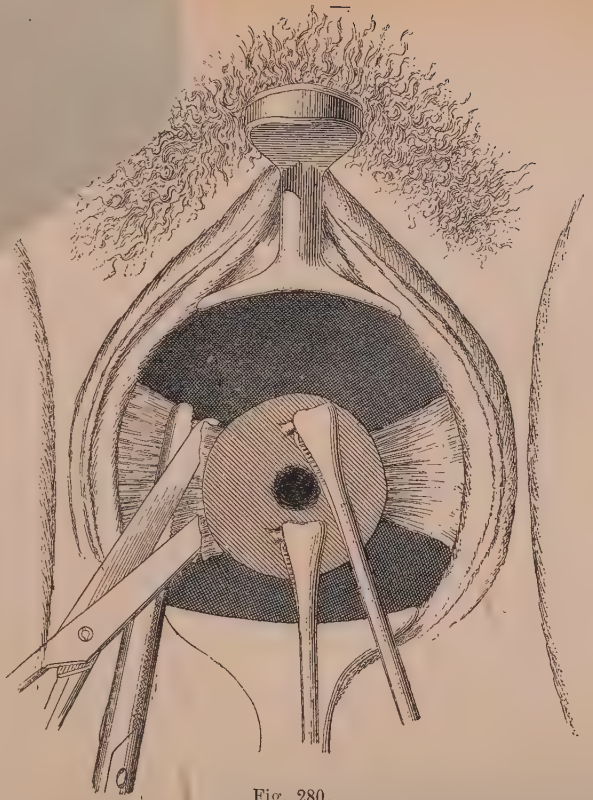


Fig. 280.
Pincement et section de la partie inférieure d'un ligament large (droit).

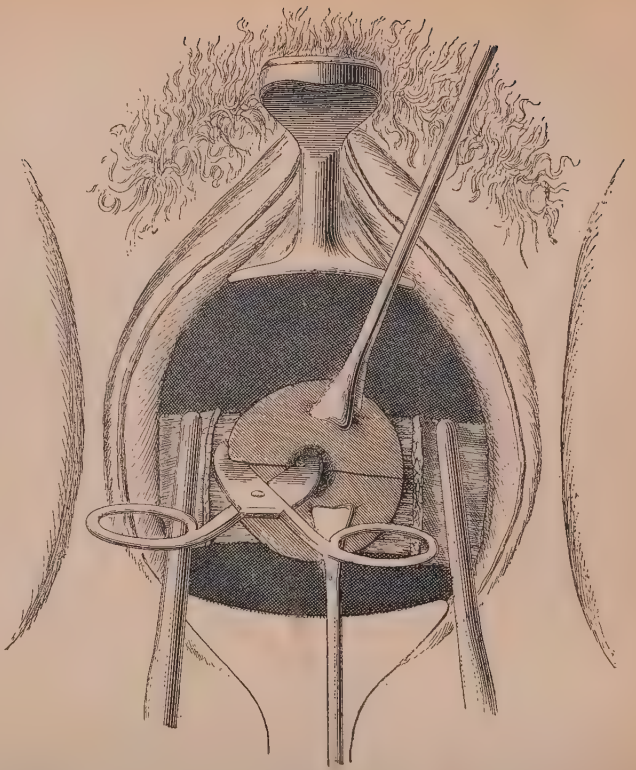


Fig. 281.
Section transversale du col, pour arriver à le morceler.

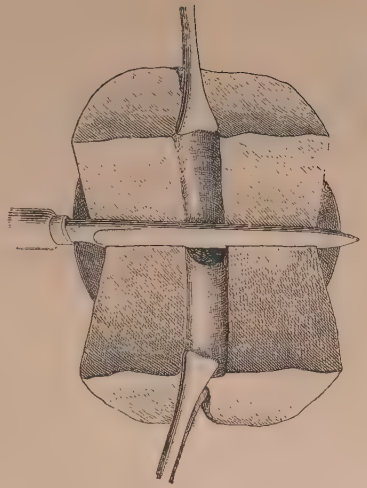


Fig. 282. — Morcellement de l'utérus.

(Dans les trois figures 280, 281, 282, la surface du col est représentée plane, au lieu de sa forme arrondie normale, afin de rendre le dessin plus intelligible; cette surface plane n'existe en réalité qu'après le premier morcellement, fig. 283.)

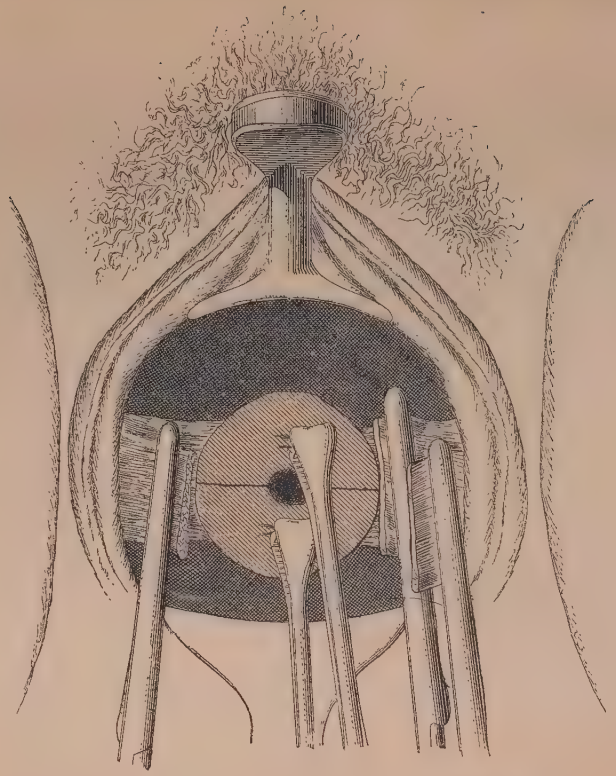


Fig. 283. — Pincement graduel et section des ligaments larges.

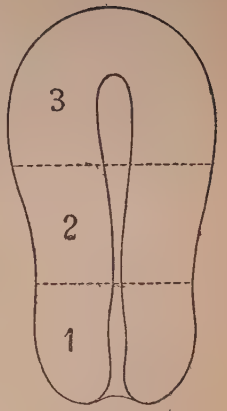


Fig. 284.
Morcellement de l'utérus en trois temps : 1, 2, 3.

Le morcellement de l'utérus se fait en général en trois temps (fig. 284), mais ce nombre peut être inférieur ou supérieur.

Figure 285.— Quand l'utérus est complètement enlevé, on a une

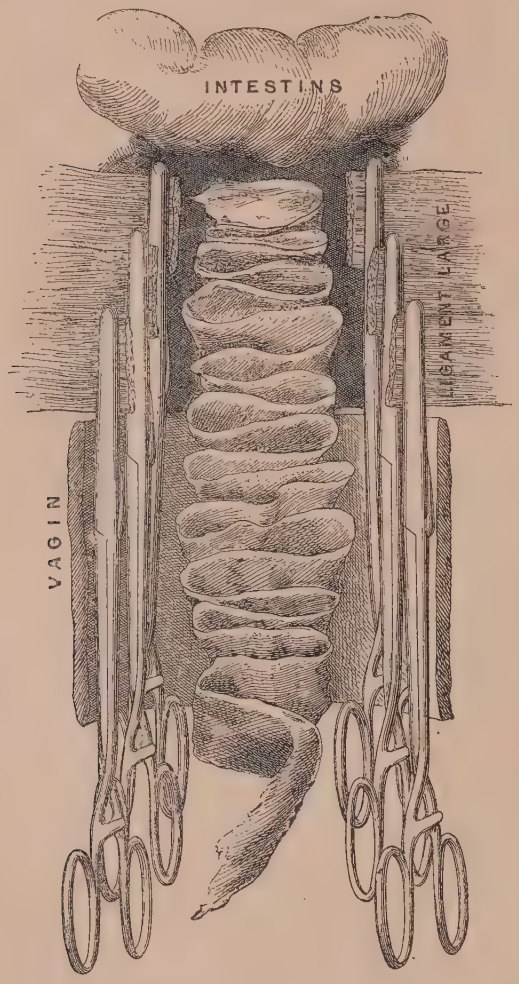


Fig. 285. — Pansement à la gaze iodoformée ou salolée de la plaie opératoire. Pinces à demeure.

vaste cavité bordée latéralement par les ligaments larges saisis par les pinces qui doivent rester à demeure, en arrière par le rectum, en avant par la vessie, en haut par les anses d'intestins grêles. Toute cette cavité doit être comblée, ainsi que le vagin, de gaze iodoformée.

Une sonde est fixée à demeure dans la vessie.

Gaze et pinces doivent rester à demeure pendant 48 heures.

Les pansements ultérieurs consistent en injections vaginales faites doucement avec un liquide antiseptique faible.

Péan dit avoir pratiqué 60 fois cette opération sans mort. La statistique de Segond[1] comprend 23 opérations avec 4 morts. Il est par conséquent impossible de se faire encore une idée sur la gravité de l'opération. Mais si la mortalité pour les cas de suppurations multiples ne dépasse pas 1/10, il est certain qu'on aura avantage à faire cette opération, car c'est la seule chance de guérison qu'on puisse donner à ces malades affligées de suppurations pelviennes complexes.

Quant à la généralisation de la castration utérine aux salpingites suppurées non compliquées, ou aux suppurations pelviennes simples et isolées, il est probable qu'après l'engouement qui accueille toute nouveauté on en reviendra, car la laparotomie ou l'incision vaginale semble dans ces cas plus sûre et pour la guérison de la femme et pour la conservation de ses facultés procréatrices, supprimées radicalement par la castration utérine. En tous cas la castration utérine ne saurait être tentée que lorsqu'il est prouvé par un diagnostic bien mûri, que la guérison de la femme est impossible sans supprimer les fonctions génitales.

[1] Société de chirurgie, 25 fév. 1891.

CHAPITRE VI

DÉVIATIONS UTÉRINES

(PROLAPSUS)

SOMMAIRE

Statique normale de l'utérus.

Axe de l'utérus.
Ligaments utérins.
Diaphragme pelvien.

Anatomie pathologique, symptomatologie, pathogénie, étiologie.

1. Flexions.
   a. Antéflexion.
   b. Rétroflexion.
2. Versions.
   a. Antéversion.
   b. Rétroversion.
3. Prolapsus.
   a. Prolapsus utéro-vaginal.
   b. Prolapsus vagino-utérin.
   c. Pseudo-prolapsus.

Diagnostic des déviations utérines.

1. Diagnostic du prolapsus externe
2. — — interne.
3. — de la version.
4. — de la flexion.

Traitement des déviations utérines.

a. Ressources thérapeutiques.
b. Moyen de les appliquer.
   1. Antéflexion.
   2. Antéversion.
   3. Rétroflexion.
   4. Rétroversion.
   5. Prolapsus utéro-vaginal.
   6. Prolapsus vagino-utérin.
   7. Prolapsus mixte.
   8. Pseudo-prolapsus.

c. Tableau résumé.

DÉVIATIONS UTÉRINES

(PROLAPSUS)

I

STATIQUE NORMALE DE L'UTÉRUS

L'utérus est placé à peu près au centre du petit bassin.

Son *axe* est *rectiligne*, perpendiculaire à celui du vagin et parallèle à celui du détroit supérieur du bassin.

L'orifice externe ou museau de tanche affleure une ligne joignant

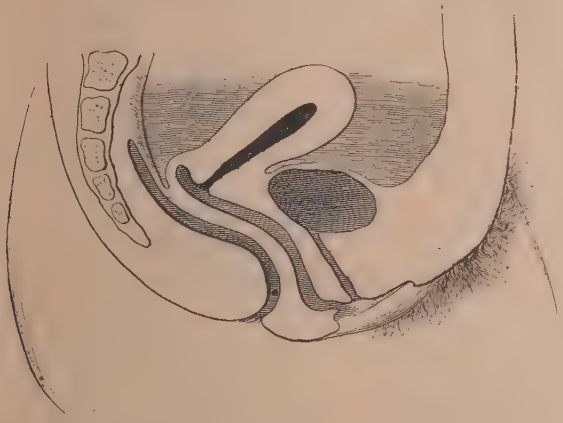


Fig. 286. — Utérus en situation normale (d'après Schultze).

l'extrémité du sacrum à la partie inférieure de la symphyse pubienne.

Quand l'utérus abandonne le milieu du bassin en se déplaçant parallèlement à son axe, si l'organe se rapproche du sacrum, on

dira qu'il y a *rétroposition; antéposition* dans le cas contraire, et *latéroposition*, s'il y a déplacement vers l'un ou l'autre côté. Ces malpositions n'ont qu'une importance pratique très secondaire, elles résultent de la présence de tumeurs ou de rétractions ligamenteuses; il n'en sera pas question ici.

Si l'axe de l'utérus se coude, par suite de l'inclinaison du corps sur le col, comme par exemple la deuxième phalange du pouce peut s'incliner sur la première, on dit qu'il y a *flexion*.

Quand l'axe utérin, *tout en restant rectiligne*, abandonne la direction de l'axe du détroit supérieur ou de la perpendiculaire à l'axe vaginal, comme l'arbre qu'on déracine s'incline par rapport au sol qui le nourrissait, on dit qu'il y a *version*.

Si enfin, l'utérus s'abaisse en gagnant la vulve par la voie vaginale, de telle sorte que le col devienne plus ou moins inférieur à la ligne sous-sacro-sous-pubienne, on dit qu'il y a *prolapsus*.

Flexion, *version*, *prolapsus* constituent les trois grandes déviations de l'utérus.

Les détails et la pathogénie de ces déviations ne sauraient être compris qu'après étude préalable de la statique utérine.

Supposons un mât, composé de deux parties distinctes et articulées. Si on veut fixer ce mât en position droite sur le pont d'un navire, il faudra, à l'aide de cordages, attacher chacun des segments à la surface du bateau.

Qu'un accident relâche ou détruise les cordages du segment supérieur du mât, on verra celui-ci s'incliner, se replier sur le segment inférieur en formant avec lui un angle plus ou moins fermé.

Si le même accident arrive aux cordages du segment inférieur, tout le mât abandonné à lui-même se déviera en totalité en se couchant plus ou moins sur le pont du navire.

Si enfin, après l'affaiblissement ou la destruction des cordages, le pont lui-même s'effondre, le mât n'étant plus soutenu tombera à fond de cale.

Ces trois étapes successives nous rappellent en quelque sorte les trois degrés des déviations utérines :

Flexion,
Version,
Prolapsus.

Les cordages sont les ligaments et les deux segments du mât simulent le corps et le col de l'utérus ; le pont du navire n'est autre chose que le plancher pelvien.

Les ligaments qui maintiennent **le corps de l'utérus** sont :

Les *ligaments larges*, ou mieux la partie supérieure de ces ligaments, qui, s'attachant aux flancs de l'utérus, vont transversalement gagner la paroi pelvienne.

Les *ligaments ronds*, qui, confondus à leur partie initiale avec les ligaments larges dont ils occupent l'aileron antérieur, aboutissent au canal inguinal et se terminent en trois branches, qui se fixent à la partie inférieure de ce canal, à l'épine du pubis et enfin à la partie supérieure des grandes lèvres.

Par les ligaments larges l'utérus est maintenu dans le sens transversal.

Les ligaments ronds empêchent le renversement en arrière, ils simulent deux bras grâce auxquels l'utérus s'accroche à la partie

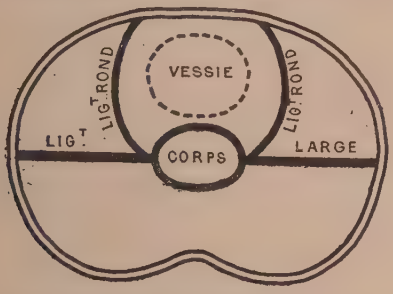


Fig. 287. — Ligaments du corps de l'utérus.

antérieure de l'anneau pelvien de crainte de tomber en arrière. Mais il n'existe pas de ligaments analogues s'étendant vers le sacrum, de telle sorte que le corps de l'utérus non fixé à la partie postérieure du pelvis pourrait basculer facilement en avant, si la vessie ne se trouvait placée comme un matelas d'eau pour prévenir cette chute, et pour remplir en quelque sorte d'une façon indirecte le rôle des ligaments absents en arrière.

Nous verrons plus loin, en étudiant l'antéflexion, que la situation du corps utérin varie d'ailleurs avec la réplétion vésicale, variations qui doivent être considérées comme physiologiques.

En résumé, les attaches et moyens de fixation du corps utérin, sont :

En avant, les *ligaments ronds ;*

Transversalement, les *ligaments larges* (partie supérieure);

En arrière, d'une façon indirecte, la *vessie*, qui agit en repoussant l'utérus d'avant en arrière.

Les ligaments qui fixent **le col de l'utérus**, présentent une grande analogie avec les précédents, mais contrairement à ce qui existe pour le corps, les ligaments antérieurs ont une importance presque nulle, et les postérieurs sont très résistants.

Les *antérieurs* ou *utéro-vésicaux* s'étendent des parties latéro-supérieures du col et gagnent la partie correspondante de la vessie; de là par l'intermédiaire du tissu cellulaire péri-vésical ils se prolongent jusqu'à la face postérieure du pubis, de telle sorte qu'ils constituent en réalité des *ligaments utéro-pubiens*, sorte d'ébauche pour le col des ligaments ronds.

Les *postérieurs* ou *utéro-sacrés* vont des parties latéro-supérieures du col aux 3e et 4e pièces sacrées. Ils soulèvent le péritoine dans leur

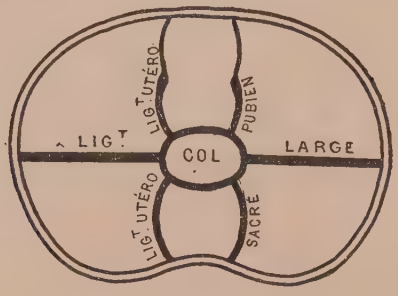


Fig. 288. — Ligaments du col utérin.

trajet, de manière à séparer la fossette rétro-ovarienne de la poche de Douglas. Ils abritent et protègent le rectum à son passage.

Transversalement sont jetés du col à la paroi pelvienne les ligaments larges, qui continuent, au niveau du col et jusqu'à l'insertion vaginale, la partie déjà mentionnée de ces ligaments au niveau du corps.

Les ligaments larges au point de vue physiologique doivent donc être divisés en deux parties distinctes : une supérieure ou corporéale, s'insérant au corps de l'utérus, l'autre inférieure ou cervicale se fixant au col; c'est la même bande ligamentaire aboutissant à deux portions différentes de l'utérus, l'une abritant en haut l'artère ovarienne, l'autre en bas, l'artère utérine.

Tous les ligaments que nous venons d'étudier sont composés de

fibres lisses, continuations de celles de l'utérus, sortes de diverticulum du muscle utérin, qui par leur intermédiaire vont prendre point d'appui sur le squelette pelvien; ils sont enveloppés dans un dédoublement du péritoine; ils abritent dans leur intérieur des vaisseaux et nerfs surtout importants au niveau des ligaments larges, qui constituent les véritables hiles nourriciers de cet organe; liez en effet les ligaments larges en totalité, vous supprimez la vie de l'utérus.

Au-dessous de l'utérus, fermant la cavité abdominale inférieurement, se trouve le *diaphragme pelvien*, plan musculo-aponévrotique que forme le plancher sur lequel repose l'utérus (fig. 218, p. 219).

Ce diaphragme pelvien, calotte renversée, destinée à recevoir les organes du petit bassin, se compose de la juxtaposition de plusieurs muscles, dont le principal et plus central est le *releveur périnéal* (ou releveur de l'anus) avec ses trois faisceaux en éventail :

Premier éventail, dont la pointe correspond à l'épine sciatique et la base au bord latéral du coccyx : *éventail sciatique*.

Deuxième éventail, dont la pointe est à l'extrémité du coccyx et la base à l'intersection fibreuse, qui joint l'épine sciatique au pubis : *éventail coccygien*.

Troisième éventail, dont la pointe est au pubis et la base sur la ligne médiane coccy-vulvaire : *éventail pubien*.

Outre le releveur périnéal, on rencontre en avant l'*obturateur interne*, matelassant le trou obturateur; et en arrière le *pyramidal*, sorte de bandeau fermant la grande échancrure sciatique.

Tous ces muscles sont supérieurement recouverts par l'*aponévrose pelvienne*, doublure solide qui les protège et les sépare des viscères pelviens.

Ce double plan aponévrotique et musculaire est traversé d'arrière en avant par le *rectum*, le *vagin* et enfin l'*urètre*, qui cheminent dans son intérieur *obliquement* pour ne pas en diminuer la résistance.

Au-dessous, recouverts par la peau, se trouvent d'autres muscles et aponévroses, muscles du périnée et sphincter externe de l'anus.

L'utérus repose donc par sa partie cervicale sur le plancher pelvien dont le sépare le rectum; son corps est fixé par la partie supérieure des ligaments larges, les ligaments ronds et la vessie; son col est maintenu transversalement par la partie inférieure des

ligaments larges et antéro-postérieurement par les ligaments utéro-

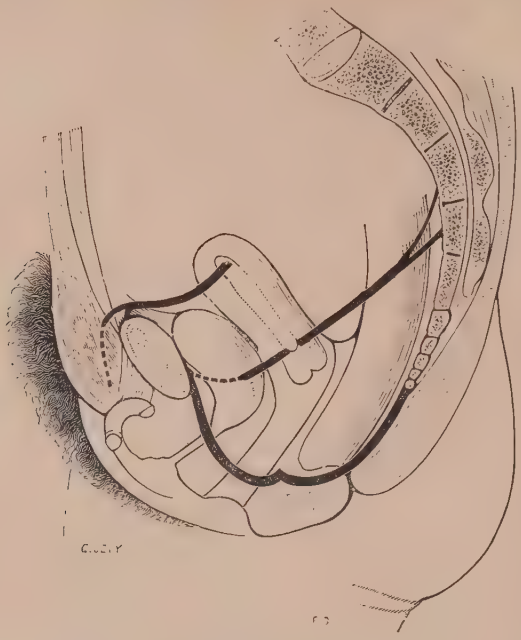


Fig. 289. — Schéma général des ligaments utérins (coupe antéro-postérieure).
Ligaments ronds. — Ligaments utéro-sacrés. — Ligaments utéro-pubiens. — Plancher ou diaphragme pelvien.

Fig. 290. — Schéma général des ligaments utérins (coupe transversale et horizontale).
(Ligaments larges. — Ligaments ronds. — Ligaments utéro-pubiens. — Ligaments utéro-sacrés.)

sacrés en arrière, et les utéro-pubiens, en avant. Sur tous les points libres de sa surface, l'utérus subit la pression abdominale par l'intermédiaire de l'intestin, dont les anses viennent combler tous les espaces vides.

II

ANATOMIE PATHOLOGIQUE, SYMPTOMATOLOGIE PATHOGÉNIE, ÉTIOLOGIE

Avec ces donnés, nous pouvons aborder l'étude des *flexions*, *versions* et *prolapsus*.

1. — FLEXIONS

Le col de l'utérus solidement fixé par ses liens naturels conserve sa position normale ou à peu près normale. Le corps de l'organe se déplace seul :

Soit en avant : *antéflexion ;*
Soit en arrière : *rétroflexion ;*
Soit latéralement : *latéroflexion* (droite ou gauche).

Les latéroflexions sont exceptionnelles, de telle sorte qu'en pratique on peut les laisser de côté, pour ne s'occuper que de flexions en arrière et en avant, qui constituent par contre des états pathologiques fréquents, auxquels le gynécologue est souvent appelé à porter remède.

a. — Antéflexion.

Le corps s'incline en avant, sur le col immobile ; l'isthme sert de charnière.

L'axe du canal utérin forme un angle ouvert en bas, dont le sommet correspond approximativement à l'isthme.

Si l'angle est obtus, la flexion est faible ou du premier degré (fig. 291). S'il est aigu, elle est prononcée ou du deuxième degré (fig. 292).

La flexion à angle droit constitue la limite entre ces deux variétés.

L'antéflexion est un état

Tantôt normal,
Tantôt pathologique,

Tantôt indifférent.

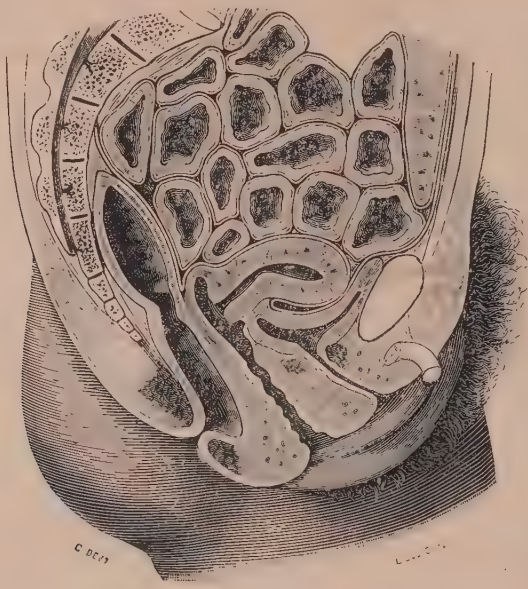
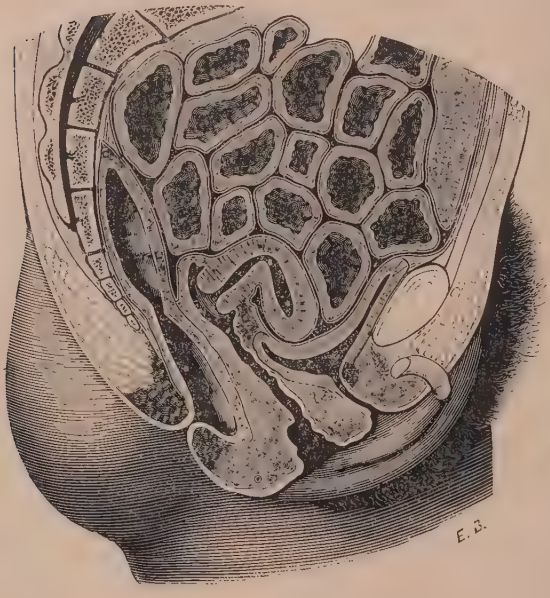


Fig. 291. — Antéflexion du premier degré.



C. Devy

Fig. 292. — Antéflexion du second degré.

Nous allons bientôt comprendre ces distinctions.

Suivons d'abord la vessie dans ses variations de réplétion :

Figure 293. — La vessie est vide, toute l'urine ou presque toute est évacuée, le corps de l'utérus s'incline en avant formant avec le col un angle obtus.

Figure 294. — A mesure que l'urine s'accumule dans le réservoir vésical l'antéflexion diminue, et quand la réplétion est moyenne l'utérus se trouve droit, la flexion a disparu.

Figure 295. — S'il y a surdistension d'urine, comme dans le cas de rétention, il ne se produit pas de rétroflexion ainsi qu'on pourrait théoriquement le supposer, mais tout l'utérus est légèrement refoulé en arrière, le fond plus que le col, de telle sorte qu'il se constitue un léger degré de rétroversion.

Ces mouvements de l'utérus, dépendant du fonctionnement de la vessie sont essentiellement physiologiques, et quand, après la miction, on constate de l'antéflexion, on commettrait une erreur si on concluait à un état pathologique.

L'état pathologique n'existe qu'avec la réunion des deux conditions suivantes:

Immobilité de l'utérus dévié ;
Troubles pathologiques, dépendant de cette déviation.

Immobilité quand l'utérus reste antéfléchi quel que soit le degré de réplétion vésicale, quand en d'autres termes il existe une *ankylose* du corps sur le col

Cette antéflexion, avec fixation utérine est la source de troubles pathologiques, qui consistent :

Soit dans le rétrécissement du canal utérin au niveau de l'isthme (conséquences : dysménorrhée, rétention de la sécrétion utérine, stérilité) ;

Soit dans la compression de la vessie, au niveau des parois mêmes de l'organe (1^{cr} degré d'antéflexion), ou de l'ouverture vésicale de l'urètre (2e degré d'antéflexion), d'où ténesme vésical, parfois même cystite.

Ces deux variétés de troubles *utérins* et *vésicaux* peuvent coexister ou se montrer séparément.

Enfin on constate parfois à l'examen des organes génitaux, un utérus fixé en antéflexion immobile, sans que cependant la femme n'accuse aucun trouble pathologique imputable à cette déviation.

L'antéflexion en pareil cas n'est pas pathologique, puisqu'il n'en

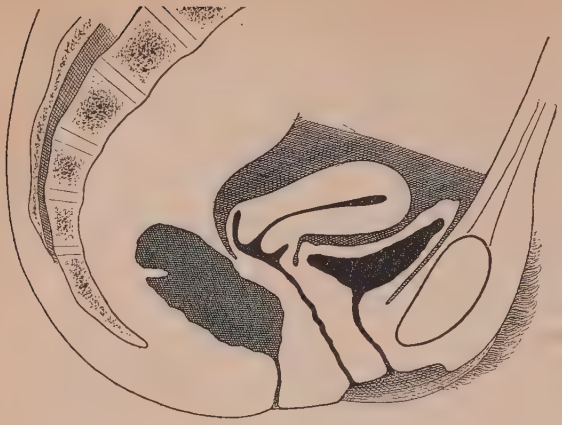


Fig. 293.

Position de l'utérus avec la vessie vide ou presque vide.

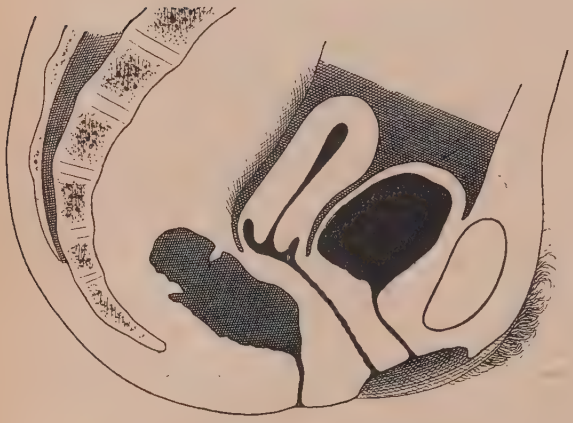


Fig. 294.

Position de l'utérus avec la réplétion moyenne de la vessie.

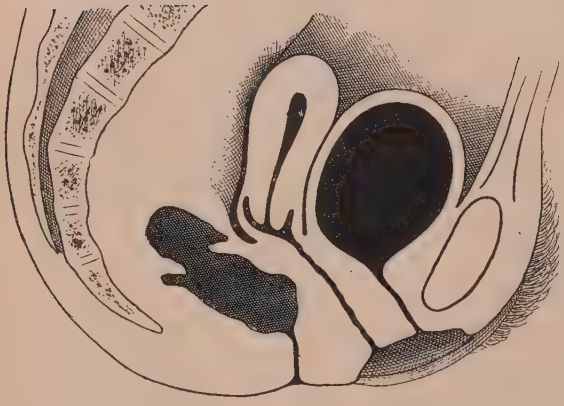


Fig. 295.

Position de l'utérus avec surdistension de la vessie.

résulte aucun trouble ; d'autre part, elle ne saurait être considérée comme physiologique puisque la mobilité est l'essence de cette dernière ; le nom d'antéflexion *indifférente* lui convient bien.

Ainsi sont définies et nettement délimitées les trois variétés d'antéflexion :

Physiologique ;
Pathologique ;
Indifférente.

Nous retrouverons les deux variétés pathologique et indifférente à propos de la rétroflexion.

Je résume pour les rendre faciles à retenir les signes distinctifs des trois variétés d'antéflexion :

1° Physiologique.	Pas de troubles.	Mobilité.
2° Pathologique.	Troubles. . . .	Immobilité.
3° Indifférente. .	Pas de troubles.	Immobilité.

Il est entendu que la mobilité, dont il est ici question, n'est pas celle de tout l'utérus, mais seulement celle du corps sur le col.

La *pathogénie* de l'antéflexion physiologique a été suffisamment indiquée ; il est inutile d'y revenir ici. Quant aux deux autres variétés, elles sont tantôt *congénitales*, tantôt *acquises*, et, dans ce dernier cas, dépendent de causes soit *utérines*, soit *périutérines*.

L'antéflexion *congénitale* constitue un vice de développement de l'utérus, dont la paroi antérieure reste atrophiée par rapport à la postérieure ; l'utérus est en quelque sorte bancal ; cet état coïncide parfois avec une atrophie de tout le système génital, voire même du bassin.

Acquise, l'antéflexion dépend d'une des causes suivantes :

1° *Métrite*, le corps de l'utérus augmente de volume et de poids, de telle sorte que la vessie devient incapable de redresser l'antéflexion. Dans certains cas il est difficile de dire si l'inflammation est la cause ou l'effet de la déviation, cette dernière pouvant la produire ou plutôt la favoriser par les troubles qu'elle amène dans la circulation utérine.

2° *Involution puerpérale incomplète* ou mieux *irrégulière*. — *Incomplète*, la cause est la même que pour la métrite. — *Irrégulière*, les deux parois subissent une involution inégale, soit que la paroi antérieure s'atrophie ou que la postérieure reste hypertrophiée, le résul-

tat est le même ; le défaut de parallélisme dans le retour à l'état normal infléchit l'utérus en avant (analogie avec rétroflexion, fig. 298).

3° *Périmétrite.* — Soit par la formation de brides cicatricielles qui relient en avant le corps au col, et les attirent l'un vers l'autre comme le ferait une ligature, soit que la rétraction du ligament utéro-sacré suite d'inflammation, en attirant le col en arrière, invite le corps à s'infléchir en avant.

4° *Tumeur abdominale* ou *utérine*, fixant l'utérus en antéflexion, soit en repoussant, soit en attirant le corps dans cette direction vicieuse.

b. — Rétroflexion.

Le corps de l'utérus s'incline en arrière, balayant dans sa descente la face antérieure du rectum ; le col reste immobile ou s'avance légèrement dans la direction de la vessie ; son orientation par rapport au vagin n'est pas modifiée, à moins que la déviation ne soit très prononcée, auquel cas il subit un mouvement de bascule en arrière, de telle sorte que son axe se rapproche plus ou moins de celui du vagin ou tend à s'en rapprocher,

De même que l'antéflexion la rétroflexion présente deux degrés.

Angle obtus : rétroflexion du 1er degré (fig. 296),
— aigu : — du 2e degré (fig. 297).

Dans le premier cas, le fond de l'utérus est au contact du rectum qu'il déprime plus ou moins ; dans le second, il correspond à l'anus ou s'en rapproche, de telle sorte que les deux degrés de rétroflexion suivant les rapports du fond de l'utérus pourraient s'appeler :

1er degré, rétroflexion utéro-rectale,
2e — utéro-anale.

De même pour l'antéflexion on aurait :

1er degré, antéflexion utéro-vésicale,
2e — utéro-urétrale.

Contrairement à l'antéflexion, la rétroflexion n'est jamais un état physiologique, néanmoins à côté des rétroflexions douloureuses il en est qui ne sont la source d'aucun trouble pathologique et dont les femmes n'éprouvent aucune espèce d'incommodité.

De telle sorte qu'au lieu des trois variétés qui existent pour l'antéflexion, nous n'en avons ici que deux :

La rétroflexion pathologique,
— indifférente.

La rétroflexion *indifférente* ne causant aucun symptôme pathologique sera accidentellement rencontrée à l'examen du système génital, alors par exemple qu'une femme vient consulter son médecin pour savoir si elle est enceinte ; le doigt, déprimant le cul-de-sac

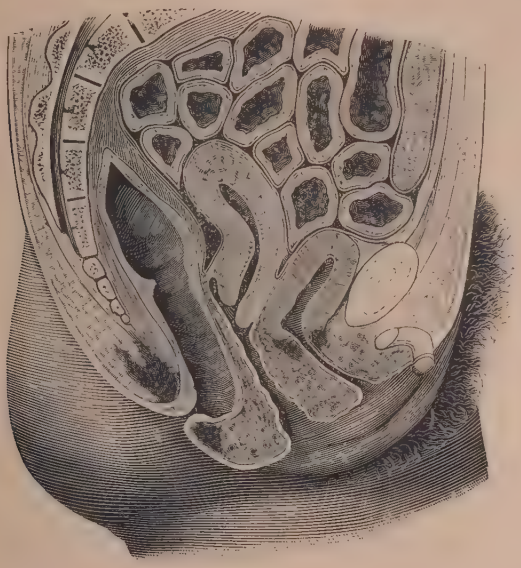


Fig. 296. — Rétroflexion du premier degré.

postérieur du vagin, rencontre le corps de l'utérus et rend nettement compte de l'angle plus ou moins prononcé qu'il forme avec le col.

La rétroflexion *pathologique* s'accompagne le plus ordinairement de métrite, qui se manifeste par son cortège habituel de douleurs et de pertes. Ses symptômes propres sont :

Du côté du rectum : phénomènes de compression se traduisant par la difficulté des garde-robes, par des douleurs au niveau du sacrum, et quand la déviation est très prononcée par une pesanteur très pénible dans la région ano-périnéale.

Du côté de l'utérus, dysménorrhée quand la perméabilité du canal utérin est atteinte, stérilité pour la même raison.

Troubles réflexes de fréquence variable : névralgies lombo-abdominale, intercostale ou sciatique ; affaiblissement musculaire des

membres inférieurs ; toux quinteuse (aphonie) ; dyspepsie et vomissements ; asthme. L'origine utérine de ces divers troubles serait difficile à affirmer, si on n'avait constaté leur disparition coïncidant exactement avec le redressement de l'utérus.

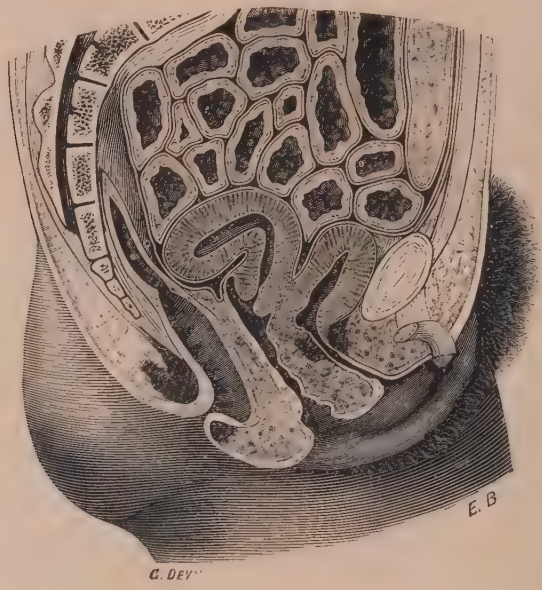


Fig. 297. — Rétroflexion du second degré.

Comme pour toutes les déviations utérines, nous trouvons les rétroversions *mobiles* et *immobiles*, encore dénommées *réductibles* et *irréductibles*. Parmi les réductibles il en est de *facilement* et de *difficilement* réductibles. Trélat donnait à cette dernière variété le nom de *résistantes*, divisant ainsi les rétroflexions en *réductibles*, *résistantes* et *adhérentes*.

La rétroflexion a presque toujours une *origine puerpérale :* pendant le postpartum l'involution de la paroi antérieure étant trop lente ou celui de la paroi postérieure trop rapide, le corps de l'utérus se renverse en arrière, où il est maintenu par la pression intestinale (fig. 298). Il est possible que le relâchement des ligaments ronds soit également un des facteurs pathogéniques, cependant il est probable que ce relâchement est dans les rétroflexions plutôt secondaire que primitif.

En dehors de la puerpéralité, les causes de la rétroflexion sont les

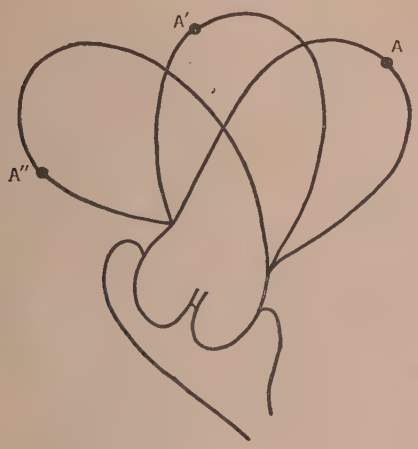


Fig. 298. — Involution puerpérale pathologique causant la rétroflexion.

A, A', A'' représentent le même point de la paroi utérine, se déplaçant à cause de l'involution vicieuse de la paroi.

inflammations du péritoine rétro-utérin (fig. 299), les adhérences qui en résultent attirant par leur rétraction le corps de l'utérus en

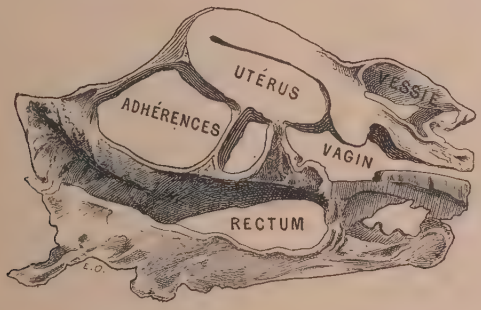


Fig. 299. — Adhérences péritonéales causes de rétroflexion (Winckel).

arrière, et le maintenant ensuite dans cette position vicieuse. Un fibrôme implanté sur la face postérieure ou antérieure (fig. 300) de l'utérus peut entraîner la bascule du corps en arrière et produire ainsi la rétroflexion ; certaines tumeurs abdominales comprimant la

face antérieure de la matrice peuvent aboutir au même résultat que celui indiqué par la figure 300.

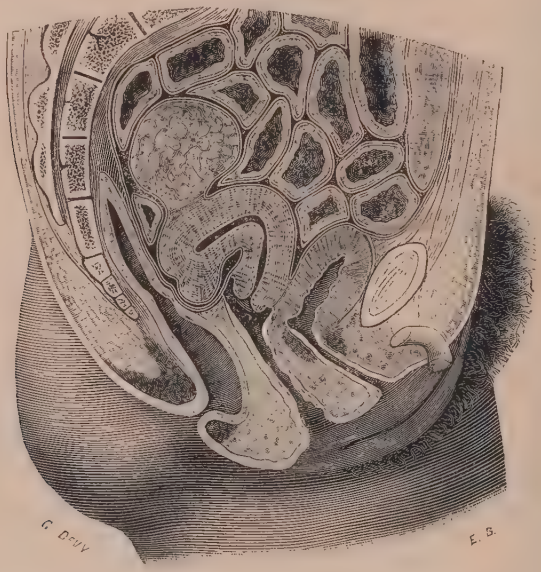


Fig. 300. — Rétroflexion causée par un fibrôme inséré sur la paroi antérieure de l'utérus.

2. — VERSIONS

Dans la *flexion*, le col conserve sa position à peu près normale et le corps s'incline sur lui de manière à couder l'utérus; dans la *version*, le basculement atteint à la fois le corps et le col, de telle sorte que l'utérus, tout en conservant un canal retiligne, se trouve dévié de sa situation normale.

La version est donc un renversement de l'utérus en totalité, tandis que la flexion est une inclinaison du corps sur le col; le mouvement de charnière se produit au niveau du museau de tanche dans le premier cas, et de l'isthme dans le second.

La note pathologique est, dans la flexion, donnée par la coudure du canal utérin, et dans la version par la perte de l'équilibre utérin avec intégrité de ce même canal. L'utérus enlevé du corps de la femme resterait pathologique dans le premier cas, et au contraire physiologique dans le second.

Le nouvel élément, qui survient dans la version et qui n'existait pas dans la flexion, est la mobilité anormale du col jointe à celle du corps ; l'état pathologique est donc plus grave, la flexion étant une déviation minime, la version une déviation majeure. Il existe encore une déviation plus grave que les deux précédentes, et qui constitue leur summum pathologique, c'est le prolapsus utérin.

Dans la *flexion* en effet le corps seul est dévié, dans la *version* c'est le corps et le col, dans le *prolapsus*, corps, col et vagin sont atteints. Nous avons donc en considérant l'*organe dévié* de sa position normale :

Flexion : corps utérin,
Version : corps et col utérins,
Prolapsus : corps, col, vagin.

C'est à tort que quelques auteurs confondent dans une description commune les versions et les flexions, car elles constituent des états pathologiques distincts. Séparer d'autre part le prolapsus des états pathologiques précédents est également une faute, car il n'est qu'une version exagérée, modifiée, et à laquelle s'ajoute un élément nouveau, la déviation vaginale; la version en effet conduit au prolapsus, de même que la flexion aboutit parfois à la version.

La version peut se faire :

Soit en avant : antéversion,
Soit en arrière : rétroversion,
Soit latéralement : latéroversion.

La latéroversion, comme la flexion de même ordre, étant exceptionnelle, je la laisserai de côté pour ne m'occuper que de l'antéversion et de la rétroversion.

a. — Antéversion.

L'utérus subit un mouvement de bascule, qui porte le corps en avant et le col en arrière.

Le corps se couche sur la vessie pendant que le col vient en arrière aplatir le rectum contre la concavité du sacrum.

L'angle droit, formé à l'état normal par l'union des axes utérin et vaginal, devient plus ou moins aigu suivant le degré de la déviation.

L'antéversion, contrairement à l'antéflexion, est *toujours un état pathologique*, et qui cause des troubles plus ou moins accentués.

Presque constamment elle est accompagnée de métrite ou d'une autre maladie concomittante, de telle sorte que les symptômes, dont elle est la source, se confondent plus ou moins avec ceux de cette maladie.

Quelques auteurs, notamment Schultze, considèrent certains cas

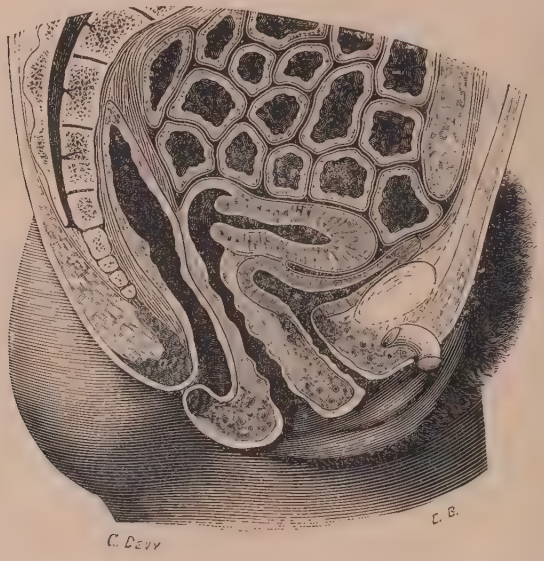


Fig. 301. — Antéversion.

d'antéversion comme physiologiques, mais, à mon avis, l'état physiologique n'appartient qu'à l'antéflexion, car l'antéversion implique un état de relâchement des ligaments cervicaux incompatible avec l'état normal.

L'antéversion peut être :

Mobile ou réductible ;

Immobile ou irréductible.

Le premier cas appartient d'ordinaire à la métrite concomittante, ou encore aux tumeurs utérines (fibrômes), tandis que le second s'observe avec les cellulites pelviennes, les pelvi-péritonites antérieures, les tumeurs périutérines immobilisant l'utérus en position vicieuse.

Les troubles qu'on observe dans l'antéversion sont *utérins*, *vésicaux*, *rectaux*, *éloignés*.

Utérins : ce sont les symptômes de la métrite concomittante, toutefois la stérilité peut être le fait exclusif de la déviation utérine.

Vésicaux : compression de la vessie, produisant du ténesme, ou amenant une véritable inflammation de la vessie.

Rectaux : compression du rectum, exagération de la constipation difficulté des garde-robes.

Eloignés : névralgies diverses, gastralgies, amaigrissement.

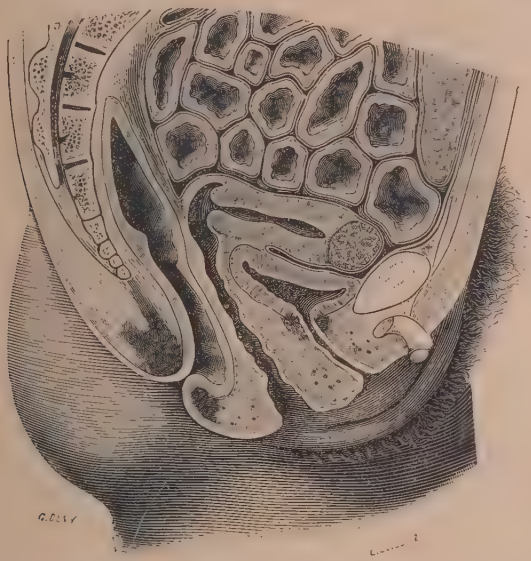


Fig. 302. — Antéversion causée par un fibrôme du fond de l'utérus.

L'antéversion résulte du relâchement de tout l'appareil ligamenteux de l'utérus, combiné à l'augmentation du poids de la matrice, de telle sorte que l'exagération de poids tendant à accentuer la bascule en avant que sollicite la pesanteur, les ligaments ne sont plus susceptibles de la contre-balancer. Ces deux conditions pathogéniques existent le plus souvent réunies à la suite de l'accouchement, alors qu'il y a subinvolution.

La présence d'un fibrôme dans la paroi antérieure ou vers le fond de l'utérus, changeant les conditions de la statique utérine, peut aussi amener l'antéversion.

On a également invoqué la cellulite pelvienne, qui par les brides cicatricielles qu'elle laisse est susceptible de fixer l'organe dévié en antéversion.

Enfin les tumeurs de voisinage, telles que certains kystes de l'ovaire, amèneront, quand ils se développent en arrière de l'utérus, une antéversion de degré variable.

b. — Rétroversion.

L'utérus conservant sa configuration normale, le corps se porte en arrière, et vient se coucher dans la concavité sacrée ; le col est dévié en sens contraire et comprime la vessie qu'il aplatit plus ou moins derrière le pubis.

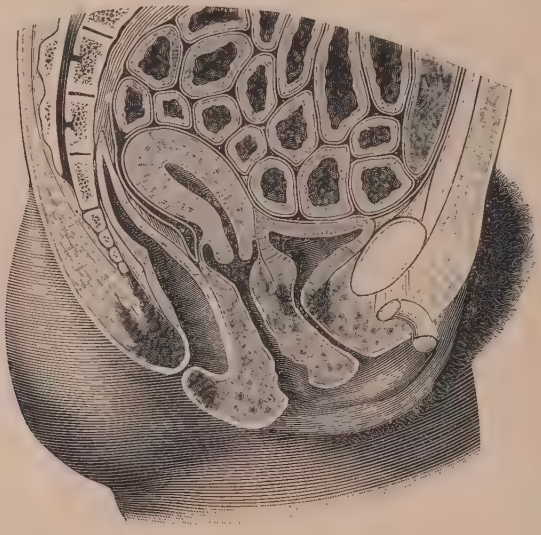


Fig. 303. — Rétroversion utérine.

L'axe du canal utérin se rapproche de celui du vagin, parfois ces deux axes se confondent l'un avec l'autre, ne formant plus qu'une seule et même ligne droite ; si la rétroversion s'accentue davantage, l'union de ces divers axes forme un angle, dont l'ouverture regarde en bas et en arrière dans la direction du coccyx et de l'anus.

Dans la rétroversion, le col utérin est non seulement dévié, mais il est abaissé, plus rapproché de la vulve qu'à l'état normal, de telle sorte que la longueur apparente du vagin est diminuée.

La rétroversion n'est d'ailleurs que la première étape du prolapsus, ainsi que nous le verrons à l'étude de ce dernier état pathologique.

La rétroversion s'accompagne habituellement de métrite et en présente, en pareil cas, les divers symptômes.

Ses symptômes propres sont :

Du côté du rectum : phénomènes de compression, avec difficulté des garde-robes ; au moment de la défécation la femme éprouve une difficulté particulière à faire des efforts expulsifs, car ces efforts poussent l'utérus dans la direction du rectum et empêchent ainsi la progression des matières fécales ; de plus, ces efforts, comprimant l'utérus douloureux par lui-même, sont pénibles ; aussi la plupart des femmes atteintes de cette déviation redoutent-elles les garde-robes, qui ne sont pas facilitées par l'administration d'un lavement. Si la rétroversion est très accentuée, la pression de l'utérus se traduit par de la pesanteur au niveau du périnée et une sorte de gêne continuelle dans le petit bassin.

Du côté de la vessie : ténesme vésical, parfois difficulté dans la miction quand l'urètre se trouve comprimé.

Troubles réflexes : analogues à ceux qu'on peut observer dans les autres déviations.

La rétroversion a pour cause habituelle l'accouchement ; comme tous les ligaments utérins ont été relâchés par la grossesse, et que la femme est étendue sur le dos, l'utérus augmenté d[e] a une tendance naturelle à s'incliner en arrière, dan[s] que lui imprime la pesanteur, aidée par la pre[s] Si l'involution reste incomplète, et si les li[g] pas leur tonicité normale, la rétroversion[-] durable et se trouve ainsi définitiven[t]

En dehors de la puerpéralité, [la] flexion peut résulter de la présen[ce] rieure de l'utérus, d'une tume[ur] d'avant en arrière, d'une pelv[ienne] rétractant font basculer l'[utérus] affections, si les ligaments d[e] la rétroflexion est constitu[ée] la pathogénie de ces deux [déviations] la résistance des ligamen[ts]

Dans quelques cas e[xceptionnels] d'un effort brusque, la p[ression] de luxation de l'utérus [en] vicieuse.

3. — PROLAPSUS

Quand l'utérus est placé au-dessous de sa situation normale[1], on dit qu'il y a prolapsus.

Ce prolapsus est une sorte de hernie de l'utérus à travers le canal vaginal, d'où le nom d'utérocèle vaginale qu'on lui a encore donné.

Il y a trois variétés de prolapsus :

a. Le prolapsus utéro-vaginal;

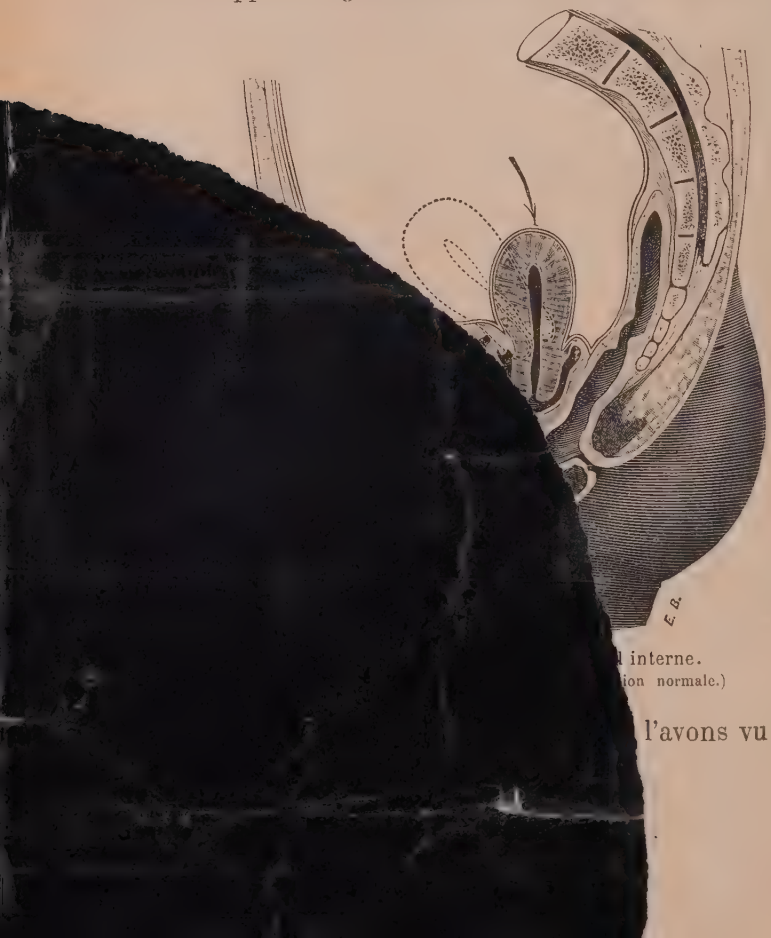
b. Le prolapsus vagino-utérin;

c. Le pseudo-prolapsus.

Diverses variétés que nous ne comprendrons bien ainsi que leurs dénominations qu'après les avoir décrites en détail.

a. — Prolapsus utéro-vaginal.

Quand l'appareil ligamenteux de l'utérus est relâché, cet organe



l interne.
ion normale.)

l'avons vu avec l'an-

Supposons une rétroversion constituée; la pression abdominale continuant à agir par l'intermédiaire de la masse intestinale, pousse l'utérus dans la direction indiquée par la flèche (fig. 304). L'action ligamenteuse s'affaiblissant de plus en plus, l'utérus descend vers la vulve, entraînant avec lui le vagin qui se replie sur lui-même.

Il y a donc successivement prolapsus de l'*utérus* d'abord, et du *vagin* ensuite, d'où le nom de *prolapsus utéro-vaginal* donné à cette variété.

Le prolapsus n'est donc dans cette variété pathogénique que la suite de la rétroversion; la rétroversion constitue en quelque sorte

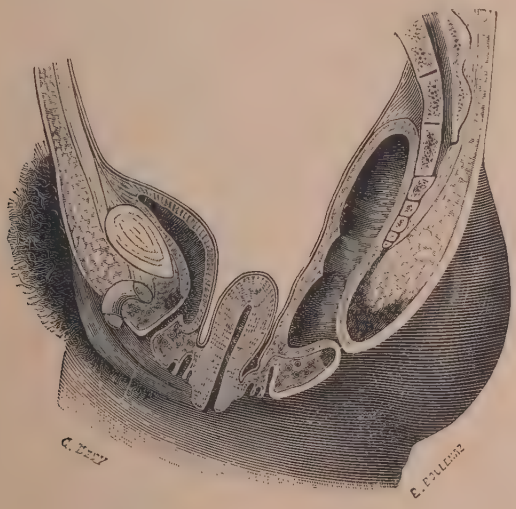


Fig. 305. — Prolapsus utéro-vaginal externe.

le premier degré du prolapsus, et elle n'existe d'ailleurs jamais sans un certain degré d'abaissement utérin.

Tant que le col n'a pas franchi la vulve, le prolapsus est *interne* (fig. 304), dès qu'il l'a franchie, il devient *externe* (fig. 305). Le prolapsus externe n'est donc que la suite et l'exagération de l'interne; l'arrivée du col exactement au niveau de la vulve constitue la limite entre les deux variétés.

Dans ce prolapsus utéro-vaginal, le relâchement ligamenteux de l'utérus constitue le processus initial, et c'est en particulier le relâchement des ligaments utéro-sacrés, et de la partie inférieure ou

cervicale des ligaments larges qui favorise la chute utérine, ces deux ligaments étant les plus efficaces pour maintenir l'utérus en place.

Dans la thérapeutique de cette affection il faudrait pouvoir restituer aux soutiens de l'utérus, c'est-à-dire aux ligaments utéro-

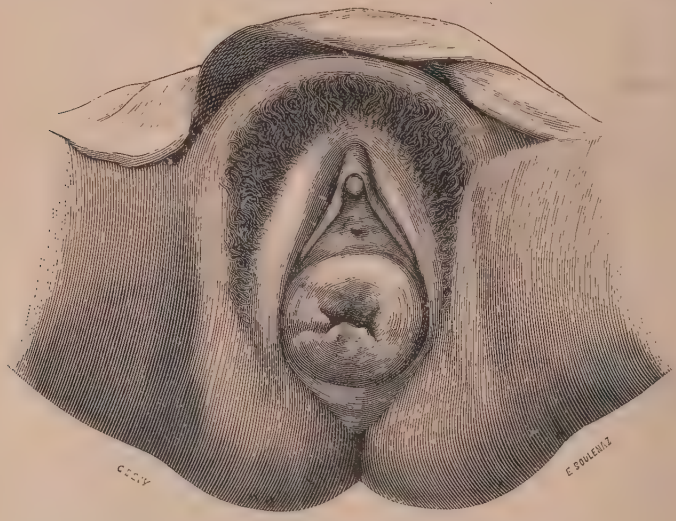


Fig. 306. — Prolapsus utéro-vaginal externe.
(Fig. 305, vue de face.)

sacrés leur énergie perdue ; malheureusement en pratique ce but est difficile, sinon impossible à atteindre.

L'utérus n'est pas hypertrophié, ou ne l'est que dans de faibles limites ; point important à mettre en lumière à cause de la différence, qui existe à cet égard entre cette première variété de prolapsus et les deux suivantes.

En général, il ne se produit pas de rectocèle ni de cystocèle, c'est-à-dire que ni la vessie, ni le rectum ne sont entraînés par le prolapsus utérin, ou, s'ils le sont, ce n'est que dans une faible étendue et à un degré très prononcé de la déviation.

b. — Prolapsus vagino-utérin.

La pathogénie est ici toute différente de celle observée dans la variété précédente.

Ce n'est plus l'affaiblissement de l'appareil ligamenteux utérin,

qui est le point de départ de l'affection, mais bien l'*affaiblissement du plancher pelvien*.

A la suite d'un accouchement, qui a amené soit la déchirure plus ou moins étendue du périnée, soit l'affaiblissement du plancher pelvien par distension et éventration, éventration qui présente une certaine analogie avec celle de la paroi abdominale, la pression abdominale s'exerçant en avant sur la vessie et en arrière sur le rectum, dans

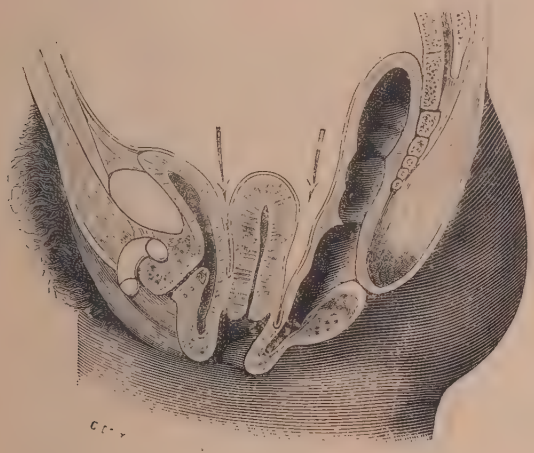


Fig. 307. — Prolapsus vagino-utérin.

la direction indiquée par les flèches de la figure 307, la vessie et le rectum coiffés de la paroi vaginale, viennent faire saillie à l'orifice vulvaire, constituant ainsi la cystocèle et la rectocèle. La cystocèle est en général beaucoup plus marquée que la rectocèle, car la vessie supporte plus directement le poids intestinal; la rectocèle peut même manquer pendant un certain temps au début.

Le vagin entraîné par la chute de la vessie et du rectum tire sur l'utérus, dont les ligaments encore puissants résistent. Le col utérin ainsi tiraillé en sens contraire, d'une part par le vagin, d'autre part, par ses ligaments, *s'allonge* et *s'hypertrophie*.

Aussi l'*hypertrophie et l'allongement utérins* sont-ils la conséquence inévitable de cette variété de prolapsus ; il y a *hypertrophie susvaginale de l'utérus*.

Le processus continuant, les cystocèle et rectocèle s'accentuent; l'hypertrophie augmente, les ligaments utérins fatigués dans leur

lutte se relâchent, de telle sorte qu'à l'allongement utérin vient se joindre un certain degré d'abaissement, de prolapsus de l'utérus.

Supposons un degré encore plus avancé (fig. 308), les cystocèle et rectocèle deviennent considérables ; l'utérus, hypertrophié et allongé,

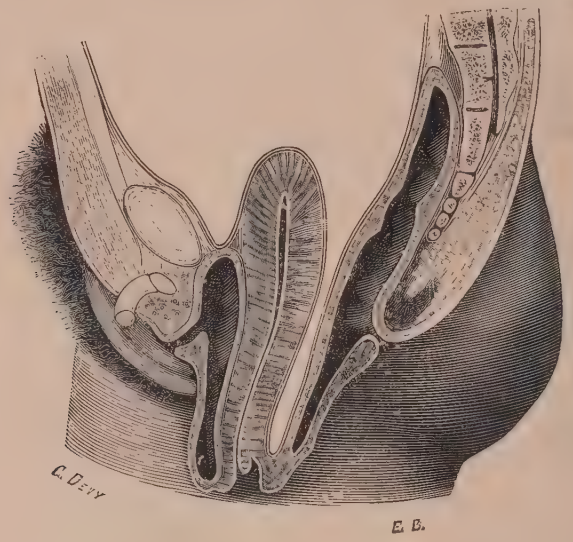


Fig. 308. — Prolapsus vagino-utérin avec hypertrophie sus-vaginale de l'utérus.

subit un abaissement notable, suffisant pour permettre au col de franchir dans une longueur variable l'orifice vulvaire.

Tant que le col n'a pas franchi l'orifice vulvaire, le prolapsus est dit *interne*, aussitôt cet orifice franchi il devient *externe*.

La caractéristique pathogénique de cette variété de prolapsus est donc l'*insuffisance primordiale du plancher pelvien*, tandis que dans la première variété c'était au contraire le *relâchement de l'appareil ligamenteux* de l'utérus.

Nous disons prolapsus *vagino-utérin*, parce qu'il y a d'abord prolapsus du *vagin* et de l'*utérus* ensuite, tandis que c'était le contraire dans la première variété ou prolapsus *utéro-vaginal*.

Ici, par suite du tiraillement vaginal il y a allongement, hypertrophie de l'utérus, fait qui n'existait pas dans le premier cas.

Dans le *prolapsus vagino-utérin*, il y a toujours cystocèle et rectocèle, et ces deux hernies vulvaires, surtout la cystocèle, constituent le début de l'affection.

Le *prolapsus vagino-utérin* pourrait encore s'appeler prolapsus par insuffisance du plancher pelvien, tandis que l'*utéro-vaginal* est constitué par l'insuffisance de l'appareil ligamenteux de l'utérus.

Il n'est ici question que des cas simples et typiques, car il arrive souvent, surtout à un degré avancé de l'affection, que ces deux

Fig. 309. — Prolapsus vagino-utérin externe. (Fig. 304, vue de face (Pozzi).

Fig. 310. — Utérus avec hypertrophie sus-vaginal, détaché (Barnes).

variétés pathogéniques se mélangent plus ou moins, et que l'insuffisance du plancher pelvien amène rapidement celle des ligaments de l'utérus, ou réciproquement.

Dans la statique utérine toutes ces parties sont solidaires les unes des autres, la faillite de l'une d'elles expose souvent à celle des autres, de manière à amener une banqueroute générale de l'appareil de sustentation des organes génitaux.

c. — Pseudo-prolapsus.

Dans le pseudo-prolapsus les choses se passent tout différemment, le corps de l'utérus reste dans sa position normale, le vagin ne subit

aussi aucun déplacement, c'est simplement le col de l'utérus qui

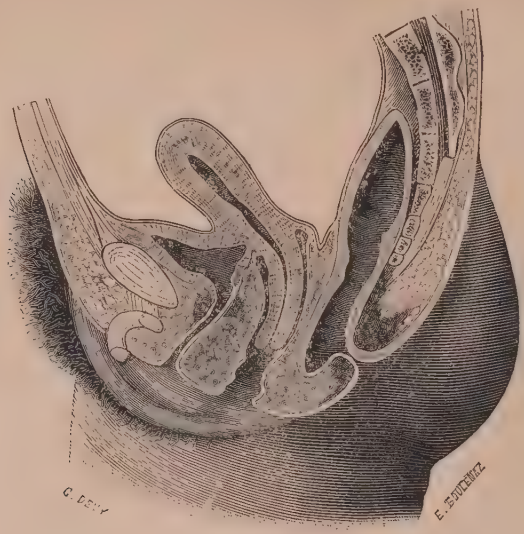


Fig. 311. — Hypertrophie intra-vaginale du col utérin (pseudo-prolapsus utérin).

s'hypertrophie dans sa *portion intra-vaginale*, de telle sorte qu'il fait une saillie plus ou moins considérable dans le vagin (pseudo-

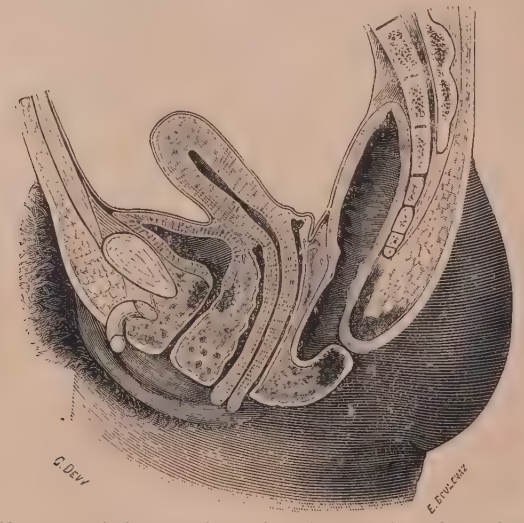


Fig. 312. — Hypertrophie intra-vaginale du col utérin (pseudo-prolapsus externe).

prolapsus interne, fig. 311), puis à travers l'orifice vulvaire (pseudo-prolapsus externe, fig. 312).

Ce n'est plus, à proprement parler, un prolapsus, mais une simple *hypertrophie intra-vaginale du col utérin*, un *pseudo-prolapsus*, qui peut, à un examen superficiel, en imposer pour un véritable pro-

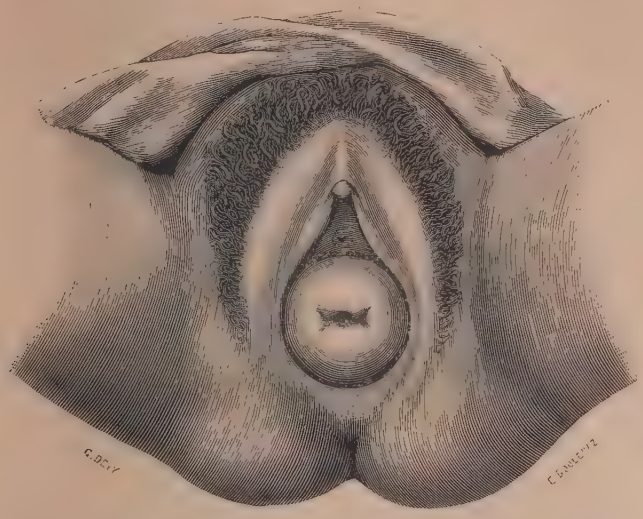


Fig. 313. — Pseudo-prolapsus externe. Hypertrophie intra-vaginale du col utérin. (Fig. 312, vue de face.)

lapsus avec hypertrophie sus-vaginale du col (prolapsus vagino-utérin de la deuxième variété).

Mais il suffit de voir que le corps de l'utérus a conservé sa position normale, et que le vagin n'a subi aucun changement dans sa situation, pour éviter la confusion.

SYMPTÔMES DU PROLAPSUS

Si le prolapsus est léger, *interne*, les symptômes diffèrent peu de ceux de la rétroversion ; il y a seulement exagération de la pesanteur périnéale, et difficulté pour les efforts de la défécation ; l'utérus pendant les efforts, en s'appliquant contre le rectum et l'anus, obstrue plus ou moins la terminaison du tube digestif.

Quand le prolapsus devient *externe*, outre la gêne constituée par la tumeur, la malade éprouve souvent des difficultés à uriner, elle est obligée de réduire sa tumeur pour rendre possible la miction ; *elle urine avec la main*. — La menstruation ne présente le plus souvent aucun trouble sérieux, la fécondation est possible, car le

coït opère une réduction momentanée des organes déplacés. — La tumeur peut s'excorier, s'enflammer et devenir douloureuse.

Brusque est parfois le début du prolapsus, auquel cas il s'accompagne d'une douleur intense avec tendance syncopale ; une péritonite peut en être la conséquence.

Les symptômes physiques seront décrits à propos du diagnostic.

ÉTIOLOGIE DU PROLAPSUS

Le prolapsus est exceptionnellement susceptible de se constituer brusquement à la suite d'un *violent effort*, la pathogénie est en pareil cas analogue à celle d'une hernie se produisant dans les mêmes circonstances ; on l'observe même chez les vierges dont le canal vaginal n'a subi aucune distension puerpérale ni conjugale. Il y a une véritable luxation de l'utérus, dont les ligaments surdistendus ou rompus permettent à l'organe la sortie au dehors par la voie vaginale.

D'ordinaire le prolapsus se constitue d'une façon chronique et résulte de la puerpéralité, soit par la déchirure ou le relâchement du plancher pelvien, soit par l'affaiblissement des ligaments qui président à la statique utérine. Le même accident peut se produire en dehors de la puerpéralité chez certaines femmes à tissus mous et obligées de se livrer à des travaux pénibles, nécessitant des efforts répétés.

Quant au pseudo-prolapsus, qui n'est autre que l'hypertrophie de la portion intra-vaginale du col, sa pathogénie est totalement différente ; il résulte d'un travail hyperplasique suite d'une inflammation chronique et interstitielle du col.

III

DIAGNOSTIC DES DÉVIATIONS UTÉRINES

Une femme accuse un ou plusieurs des symptômes pouvant dépendre d'une déviation utérine, il importe d'en établir le diagnostic. Quatre catégories de cas sont susceptibles de se présenter à notre observation :

1° Le col est visible hors de la vulve ;
Diagnostic du prolapsus externe.
2° Le col est dans le vagin au-dessous de sa situation normale ;
Diagnostic du prolapsus interne.
3° Le col est à la hauteur normale mais dévié ainsi que le corps ;
Diagnostic de la version.
4° Le col est dans sa situation normale, le corps seul est dévié.
Diagnostic de la flexion.

Examinons successivement ces différents cas :

1°. LE COL EST VISIBLE HORS DE LA VULVE

Diagnostic du prolapsus externe.

Il suffit en général de regarder pour faire le diagnostic. Entre les cuisses écartées, on aperçoit une tumeur grosse comme un œuf de poule, de dinde, le poing ou même davantage, rosée ou rouge si

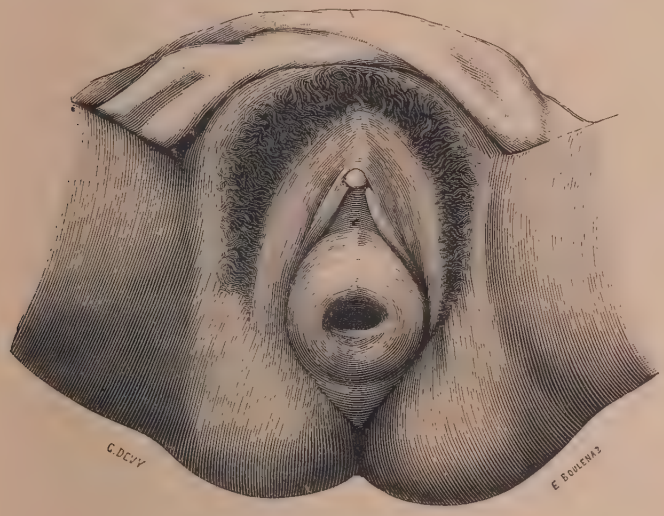


Fig. 314. — Prolapsus externe.

elle est enflammée, parfois comme tannée sous l'influence du contact de l'air ; une ulcération existe souvent à sa surface. Au sommet de cette tumeur c'est-à-dire dans sa portion la plus déclive on aperçoit un orifice, dans lequel on peut engager plus ou moins loin la tige d'un hystéromètre. Cet orifice n'est autre que celui de l'utérus, et le

canal qui lui fait suite, la cavité utérine est tantôt de longueur normale, tantôt allongé ; l'hystéromètre en la mesurant renseigne sur le degré d'allongement utérin.

Si la femme fait un effort, la tumeur devient plus saillante et volumineuse, et rentre au contraire si on essaye de la refouler vers la cavité abdominale.

Le diagnostic différentiel de cette tumeur avec un fibrome utérin pendant à la vulve, ou une inversion utérine faisant saillie au dehors des organes génitaux est facile ; dans aucune de ces deux tumeurs on ne peut trouver d'orifice conduisant dans une cavité analogue à celle de l'utérus ; dans le cas de fibrôme, la longueur normale du vagin est conservée. Enfin la réductibilité n'existe pas comme pour le prolapsus.

Veut-on savoir si le prolapsus s'accompagne de *cystocèle* ou de *rectocèle*, il faut procéder à l'examen suivant :

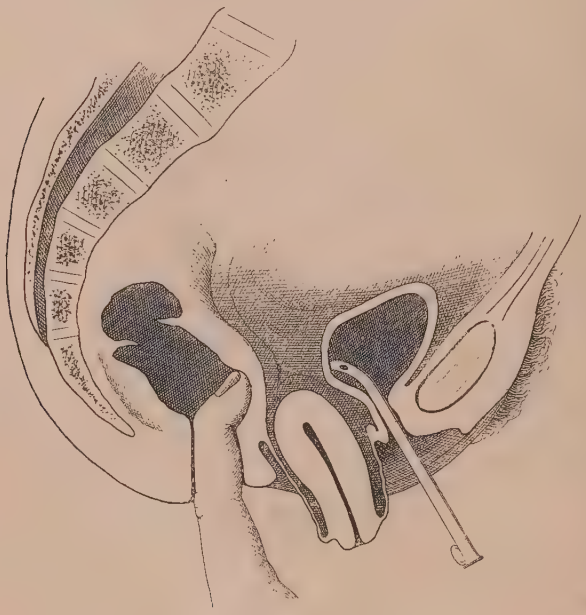


Fig. 315. — Prolapsus sans rectocèle ni cystocèle.

Cystocèle : en avant de l'utérus, entre le col et la vulve, la palpation révèle parfois une tumeur fluctuante, qui n'est autre que la vessie remplie d'urine ; toutefois si la vessie est vide, la cystocèle peut

exister sans qu'il y ait tumeur fluctuante. Le cathétérisme vésical

Fig. 316. — Prolapsus avec rectocèle et cystocèle.

lèvera tous les doutes : si l'extrémité de la sonde, introduite dans

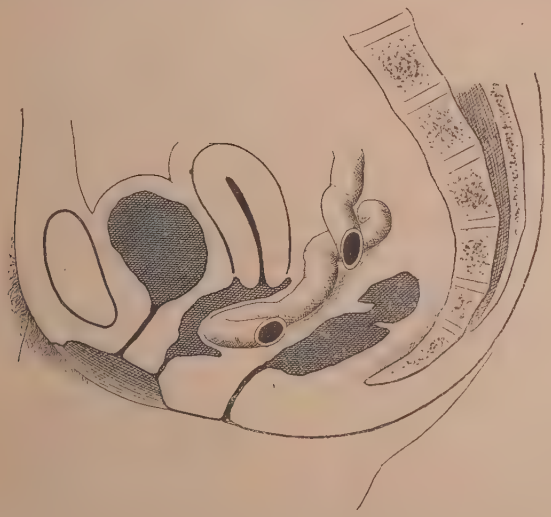


Fig. 317. — Entérocèle vaginale sans prolapsus utérin ni rectocèle.

la vessie, ne peut pénétrer dans la tumeur, c'est que cette dernière

ne contient pas de prolongement vésical, la cystocèle n'existe pas (fig. 315). — Si au contraire (fig. 316), la sonde poussée dans la direction voulue pénètre dans la tumeur, en suivant la face antérieure de l'utérus, la cystocèle existe évidemment.

Rectocèle : La rectocèle, constituée par un prolongement du rectum dans la tumeur, fait en arrière pendant à la cystocèle ; l'utérus prolabé se trouve ainsi accompagné de ces deux voisins naturels, la vessie et le rectum. — Introduisons l'index dans l'anus et avec l'extrémité du doigt comme tout à l'heure avec celle de la sonde, allons chercher le prolongement rectal dans la tumeur constituée par le prolapsus. Le doigt est-il arrêté (fig. 315), pas de rectocèle ; au contraire trouve-t-il une dépression dans laquelle il peut s'engager (fig. 316), la rectocèle existe.

La rectocèle est essentiellement distincte de l'entérocèle, tumeur constituée par une anse du petit intestin tombé dans le cul-de-sac de Douglas, de telle sorte qu'elle soulève la paroi vaginale postérieure (fig. 317).

2° LE COL EST DANS LE VAGIN AU-DESSOUS DE SA SITUATION NORMALE

Diagnostic du prolapsus interne.

Deux cas sont possibles :

Ou le prolapsus est *vagino-utérin*, et il y a une tumeur visible à la vulve constituée par la colpocèle (prolapsus du vagin) ;

Ou le prolapsus est *utéro-vaginal*, les organes génitaux sont extérieurement d'aspect normal ; le toucher vaginal est seul susceptible de mettre sur la voie du diagnostic.

Premier cas. *Prolapsus vagino-utérin.* — Quand la femme est placée en position vulvaire sur la table d'examen, on aperçoit soit spontanément, soit après avoir écarté transversalement les grandes et petites lèvres de manière à ouvrir la vulve et en engageant la femme à pousser, tantôt une tumeur, tantôt deux, distendant l'orifice vulvaire et grossissant à mesure que l'effort devient plus considérable.

Ces tumeurs sont molles à la palpation, faciles à réduire, et se maintiennent réduites, tant que la femme reste au repos horizontal. Elles sont constituées par les paroi du vagin, doublées ordinai-

ment pour la tumeur antérieure par la vessie (cystocèle) et pour la postérieure par le rectum (rectocèle), autrement dit il y a :

En avant : colpo-cystocèle ;

En arrière : colpo-rectocèle.

La colpo-cystocèle se montre en général la première, et quelquefois existe à l'état isolé pendant un certain temps, puis, sous l'influence

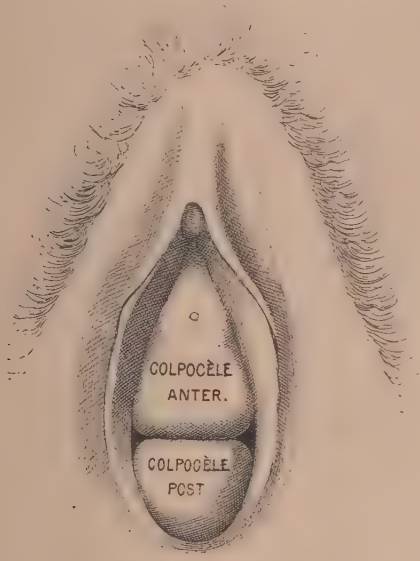


Fig. 318. — Colpocèles antérieure et postérieure.

des progrès du prolapsus, la colpo-rectocèle ne tarde pas à se montrer à son tour.

Le doigt, introduit dans le vagin entre ces deux oreillers vulvaires, rencontre bientôt le col utérin plus ou moins abaissé. En déprimant le cul-de-sac postérieur, on suit la face postérieure de l'utérus en rétroversion.

L'hystéromètre pénètre sans difficulté dans la cavité utérine, et révèle un allongement constant mais de degré variable.

Deuxième cas. *Prolapsus utéro-vaginal.* — Il n'y a pas de tumeur vulvaire ; le doigt en cheminant dans le vagin trouve d'abord des parois en situation normale, mais ne tarde pas à rencontrer le col, bien avant que la racine du doigt ne soit arrivée à l'orifice vulvaire ce qui est la règle quand il n'y a pas de déplacement. Tout

autour du col abaissé se trouvent des culs-de-sacs profonds, d'autant plus profonds que l'abaissement est plus notable ; n'oublions pas en effet que dans cette variété c'est l'utérus qui entraîne le prolapsus du vagin. L'utérus est en rétroversion, l'hystéromètre pénètre facilement dans son intérieur et donne une longueur à peu près normale.

Ces deux variétés de prolapsus ne peuvent guère prêter à confusion au sujet du diagnostic ; je ne parle plus des fibromes ni de l'inversion dont il a été précédemment question ; les bases du diagnostic différentiel sont analogues.

J'ai observé un cas où un double kyste vaginal situé à l'entrée du vagin, l'un attenant à la paroi supérieure l'autre à l'inférieure, aurait pu en imposer pour une colpocèle double, mais la longueur normale du vagin sans abaissement de l'utérus, l'absence de cystocèle et de rectocèle mettaient sur la voie du diagnostic, qu'aurait pu confirmer une ponction aspiratrice.

Dans le cas de prolapsus utéro-vaginal la saillie du col dans le vagin serait au premier abord capable de faire penser à une *hypertrophie intra-vaginale du col*, mais le palper combiné au toucher, et surtout l'hystéromètre dont les renseignements sont en pareil cas mathématiques, indiquent si oui ou non il y a hypertrophie ; dans le prolapsus utéro-vaginal, l'utérus conserve ses dimensions normales ou presque normales.

3° LE COL EST A LA HAUTEUR NORMALE MAIS DÉVIÉ AINSI QUE LE CORPS

Diagnostic de la version.

La version se diagnostique avec le doigt et l'hystéromètre.

L'index, enfoncé dans le vagin à la recherche du *col*, le rencontre facilement et rapidement ; l'orifice utérin est situé dans l'axe du vagin, le cul-de-sac antérieur est libre. Le *corps* se trouve dans le cul-de-sac postérieur (**rétroversion**).

Le col se rencontre difficilement, relégué vers la concavité sacrée, l'orifice utérin regarde en arrière, parfois le doigt a de la peine à atteindre la lèvre postérieure à cause de son éloignement ; le cul-de-sac postérieur est inaccessible au doigt et ne peut être exploré, dans le cul-de-sac antérieur, et en suivant la paroi antérieure on peut sentir toute la face antérieure de l'utérus, qui repose sur le conduit vaginal (**antéversion**).

Essayez dans le premier cas de repousser le col en arrière, et au

contraire de le ramener en avant dans le second, et si vous réussissez vous aurez la preuve que l'utérus est mobile, sinon il est probablement fixé par des adhérences irréductibles, soit temporairement, soit définitivement.

Les principales causes d'erreurs dans le diagnostic des versions sont les *fibrômes utérins,* les *petites tumeurs de l'ovaire*, les *exsudats inflammatoires*.

Un petit fibrôme utérin peut, s'il est inséré sur la paroi antérieure

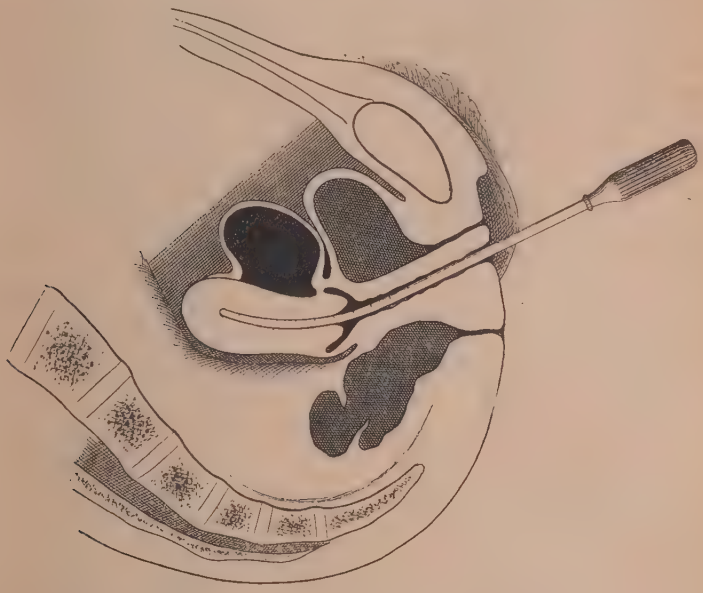


Fig. 319. — Fibrôme simulant une antéversion. Diagnostic à l'hystéromètre.

de l'utérus, faire croire à une antéversion (fig. 319), et si, en arrière, à une rétroversion (fig. 320), toutefois le confondre avec la flexion est encore plus facile. Dans les cas douteux et dans ceux où le toucher ne peut faire percevoir la tumeur, l'hystéromètre seul en indiquant la direction du canal utérin sera susceptible de lever les doutes.

Une petite tumeur de l'ovaire, se plaçant dans le cul-de-sac postérieur (fig. 321), pourrait de même faire penser à tort à une rétroversion. Même marche à suivre que tout à l'heure pour le diagnostic différentiel.

Une erreur analogue est possible avec un exsudat inflammatoire siégeant en avant ou en arrière de l'utérus (fig. 322).

Un toucher attentif permettra de reconnaître que l'exsudat, adhé-

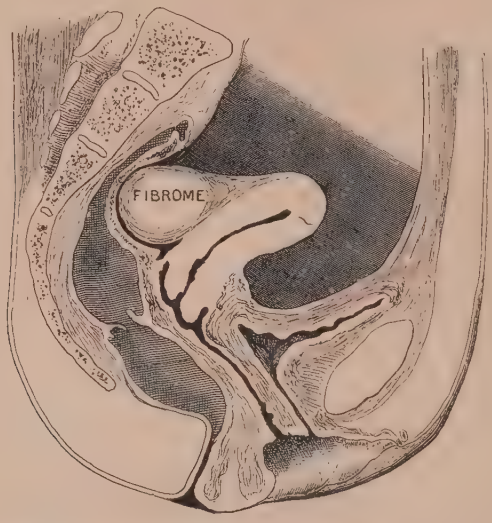


Fig. 320. — Fibrôme dans le cul-de-sac de Douglas, simulant une rétroversion (Skene).

rant au corps utérin, simule une augmentation du volume total de

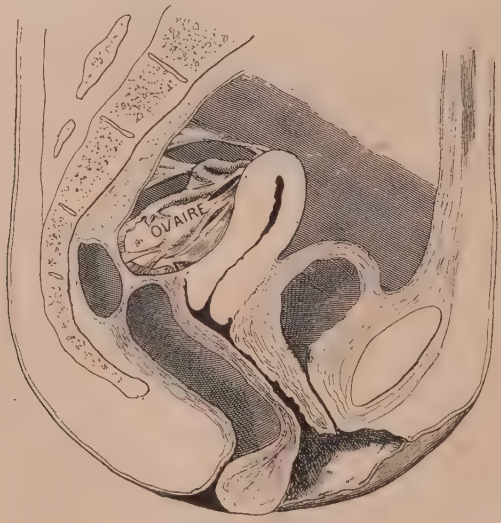


Fig. 321. — Petite tumeur ovarienne simulant une rétroversion (Skene).

l'utérus qui devra éveiller l'attention ; en outre la consistance inégale, bosselée de la tumeur, le manque de mobilité de l'utérus devront

mettre sur la voie du diagnostic. Enfin l'hystéromètre restera comme juge suprême, mais l'exploration intra-utérine devra être très prudente en pareil cas, et d'une asepsie rigoureuse, car les

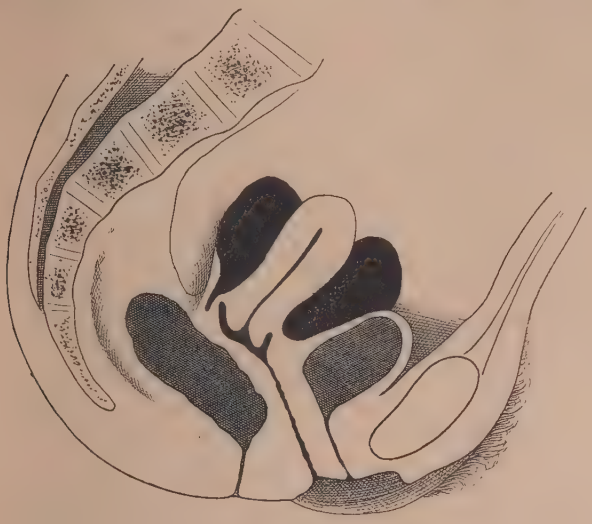


Fig. 322. — Exsudats anté et rétro-utérins simulant une déviation de l'utérus en avant et en arrière.

vieilles inflammations sont souvent réveillées par une hystérométrie intempestive; mieux vaut en certains cas laisser pendant quelque temps un diagnostic en suspens, que d'exposer la femme à des accidents.

1° LE COL EST DANS SA SITUATION NORMALE, LE CORPS SEUL EST DÉVIÉ

Diagnostic de la flexion.

De même que pour la version le *doigt* et l'*hystéromètre* sont ici les deux clefs du diagnostic.

S'agit-il d'une **rétroflexion**, le doigt rencontre le corps utérin dans le cul-de-sac postérieur, et sent nettement l'*angle* formé par la coudure du corps sur le col. Cet angle permet de distinguer la rétroflexion de la rétroversion. Dans la version cet angle n'existe pas; *pas d'angle, pas de flexion*. — Dans le cul-de-sac antérieur le doigt aidé de la palpation abdominale est incapable de sentir le corps de l'utérus. Si on essaie d'introduire un hystéromètre, il ne peut franchir l'isthme, ou s'il le franchit c'est en redressant le corps, et le toucher

pratiqué à ce moment permet de constater la disparition de la tumeur précédemment sentie.

S'agit-il d'une **antéflexion**, tumeur analogue dans le cul-de-sac antérieur, *angle cervico-corporéal pathognomonique ;* hystéromètre redressant l'utérus, s'il peut pénétrer au delà de l'isthme.

Les causes d'erreur sont les mêmes que pour la version : *fibrôme utérin, petite tumeur ovarienne, exsudats inflammatoires.* Le diagnostic différentiel s'établit de même que pour les versions.

IV

TRAITEMENT DES DÉVIATIONS UTÉRINES

Neuf fois sur dix, la déviation, qui est la source de troubles pathologiques, s'accompagne de métrite ; les autres complications sont relativement beaucoup plus rares, telles la périmétrite, une tumeur utérine ou du voisinage.

Tout traitement de la déviation doit être précédé de celui de la complication ; souvent la complication, cause de la déviation, est la source des principaux symptômes éprouvés par la malade, de telle sorte que la métrite par exemple étant guérie, la déviation persiste indifférente, sans causer d'ennuis à la femme et que la seconde partie du traitement devient inutile. — Mais supposons le traitement complet nécessaire, il nous faudra donc :

1° Traiter la complication ;

2° Traiter la déviation.

Dans certains cas, quand il s'agit d'une opération, les deux traitements peuvent être combinés et faits simultanément.

La complication sera traitée par les moyens appropriés que je n'ai pas à envisager ici. (Voir *Métrite*, *Périmétrite*, *Tumeurs utérines, périutérines*, etc.)

Contre la déviation même, on possède comme ressources thérapeutiques :

1° L'*électricité ;*

2° Le *massage ;*

3° Les *pessaires*, après réduction préalable de la déviation par la position de la femme, par la main, ou à l'aide d'un instrument tel que l'hystéromètre ;

4° Les *opérations*, qui ont pour but, les unes de maintenir le corps de l'utérus (hystéropexie, raccourcissement des ligaments ronds), les autres de soutenir le col en fortifiant le plancher pelvien (périnéorraphie, colporraphie, occlusion incomplète ou complète du vagin) ; les premières agissent *a tergo*, les dernières *a fronte*. Je ne fais que mentionner l'ablation totale de l'utérus qui devra être réservée pour des cas tout à fait exceptionnels.

Arrivons à la thérapeutique de chaque cas en particulier :

1. — ANTÉFLEXION

Les troubles de l'antéflexion, quand ils existent, ce qui est d'ailleurs assez rare, sont la dysménorrhée et la stérilité ; elles résultent l'une et l'autre de la sténose du canal utérin et sont amenées par la coudure de l'organe.

Rétablir la perméabilité de ce canal, telle est donc l'indication qui se pose ici.

Si l'utérus est fixé dans sa position vicieuse, il faudra avant tout le *mobiliser ;* le meilleur moyen d'y arriver sera le *massage ;* on fera tous les deux jours une séance de dix minutes environ. Le massage portera sur tout l'utérus et se terminera par des tentatives de redressement, le doigt vaginal accrochant le col pour le ramener en avant, pendant que la main abdominale essaie d'atteindre le corps de l'utérus pour le repousser en arrière.

L'utérus étant mobile, le traitement varie suivant qu'il s'agit de *dysménorrhée* et de *stérilité*.

Contre la *dysménorrhée* on emploie de préférence la dilatation à l'aide d'une tige de laminaire, suivie d'une cautérisation avec de la créosote de bois de hêtre au tiers (avec parties égales de glycérine et d'alcool).

Pour remédier à la *stérilité*, on dilate le col soit avec des bougies de Hégar, soit avec une tige de laminaire ; on conseille à la femme de conserver la vessie pleine au moment des rapports sexuels et pendant deux ou trois heures à la suite ; la réplétion vésicale redresse l'utérus fléchi et favorise la pénétration du sperme.

Qu'il me suffise de mentionner les différents pessaires vaginaux et intra-utérins, ainsi que les opérations sanglantes ayant pour but le débridement du canal rétréci; ces différents procédés thérapeutiques sont tombés dans un juste oubli.

Je rappelle, en terminant, que l'antéflexion ne doit être traitée que lorsqu'elle est la source de troubles pour la femme, quand, en un mot, elle est pathologique; il faut se garder de la combattre quand elle est physiologique ou indifférente.

2. — ANTÉVERSION

Avec l'antéversion, bien que la déviation du corps se fasse aussi en avant, le tableau pathologique change complètement. Le canal utérin est libre, il n'y a ni stérilité ni dysménorrhée, ou si elles existent elles relèvent d'autres causes : le symptôme dominant, celui

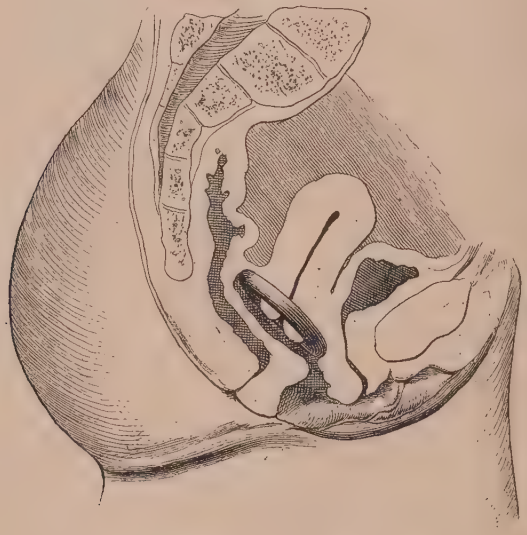


Fig. 323. — Application d'un pessaire élastique.

pour lequel les femmes réclament des soins est le ténesme vésical, parfois insupportable, dont elles sont atteintes.

Il faut donc relever l'utérus pour l'empêcher de comprimer la vessie.

Avant tout guérir la métrite, si elle existe; on ne saurait trop le répéter.

L'électricité et le massage pourront être tentés; électricité faradique et massage des ligaments utérins; ces deux procédés sont encore à l'étude.

Les deux moyens réellement efficaces sont le *pessaire élastique* et l'*accolement vagino-cervical*, conseillé par Sims.

L'anneau élastique de Dumontpallier (ou de Mayer) sera choisi de dimension suffisante pour distendre le vagin sans faire souffrir la femme, sans même l'incommoder; sa partie postérieure est appliquée dans le cul-de-sac postérieur du vagin et l'antérieure arrive au voisinage du pubis.

Le pessaire agit en distendant le vagin circulairement, tension qui se transmet au col de l'utérus par les insertions du vagin, or, l'insertion de la paroi vaginale étant en arrière plus élevée qu'en avant, la distension du vagin tend à redresser l'utérus et à corriger l'antéversion.

Dans les cas où le pessaire serait mal supporté ou serait insuf-

Fig. 324.

Redressement de l'utérus antéversé, à l'aide d'un crochet (Sims).

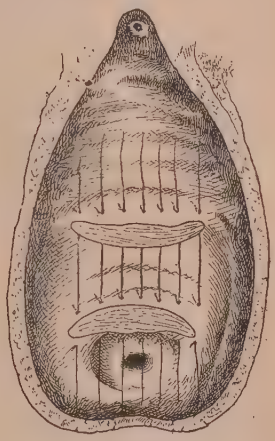


Fig. 325.

Accolement vagino-cervical pour remédier à l'antéversion (Sims).

fisant, on pourrait avoir recours à l'opération de Sims qu'on comprendra facilement en examinant les deux figures ci-jointes (fig. 324 et 325). Avivement sur le bord antérieur du col, avivement correspondant sur la paroi vaginale supérieure, suture des deux surfaces avivées, ayant pour but de plisser le vagin, de raccourcir la paroi vaginale supérieure et par conséquent de redresser l'utérus en ramenant le col en avant.

Je ne parlerai pas des nombreux pessaires, qui ont été inventés pour remédier à l'antéversion, le meilleur est le pessaire élastique dont il a été question tout à l'heure ; il convient toutefois de men-

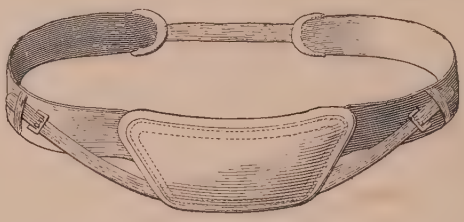


Fig. 326. — Ceinture hypogastrique à pelote.

tionner la ceinture hypogastrique, qui, en soutenant le poids de l'intestin, est parfois un heureux adjuvant pour le pessaire.

3. — RÉTROFLEXION

La rétroflexion ne sera soumise à un traitement que si elle est la source de troubles pathologiques.

Supposons, pour commencer, le cas où l'élément inflammatoire est du côté de l'utérus faible ou nul ; le voisinage de l'utérus est également sain, sinon il faudrait commencer par le guérir.

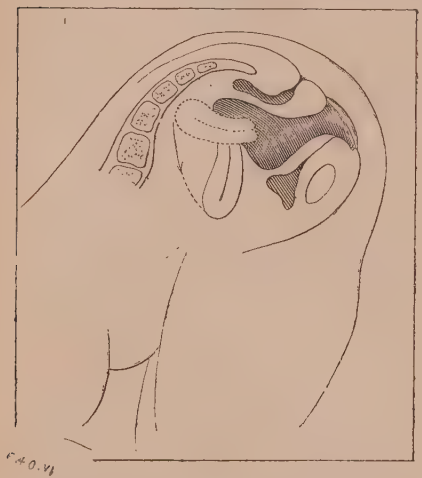


Fig. 327. — Réduction de l'utérus rétrofléchi ou rétroversé par la position génupectorale (Skene).

Le premier point est de redresser le corps de l'utérus, de manière à faire disparaître l'angle qui existe entre le corps et le col. On peut arriver à ce redressement à l'aide de la position donnée à la femme, à l'aide du doigt ou enfin de l'hystéromètre.

a. — Redressement par la position génupectorale.

Quand la femme est placée dans la position génupectorale indiquée par la figure 327 (v. fig. 5, p. 16), l'intestin, attiré par la

pesanteur dans la direction de la poitrine, crée une pression négative dans le vagin, d'ou pénétration de l'air dans ce canal. Sous l'influence de la pesanteur, l'utérus tend à se placer dans sa position normale et y arrive progressivement, suivant qu'il existe ou non des adhérences.

Il sera bon dans les cas de rétroflexion ancienne peu mobile, ou dans ceux qui après réduction ont tendance à se reproduire, de faire prendre à la patiente, matin et soir, pendant vingt minutes, la position génupectorale au moment du coucher et du lever.

b. — Redressement à l'aide des doigts.

La femme étant dans le décubitus dorsal, introduire l'index et le médius dans le vagin (fig. 328), repousser le corps à travers le cul-

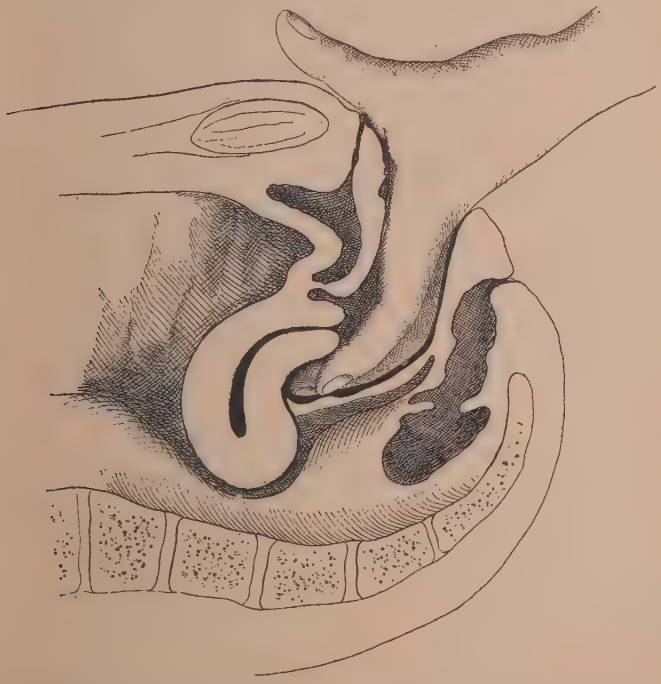


Fig. 328. — Relèvement de l'utérus rétrofléchi, 1er temps (Schultze).

de-sac postérieur, le faire basculer en avant, aussitôt qu'il devient accessible au niveau de la paroi abdominale, le saisir avec l'autre

main comme l'indique la figure 329, et compléter ainsi le mouvement de bascule en avant (Manœuvre de Schultze).

Dans certains cas, je me suis bien trouvé de la manœuvre repré-

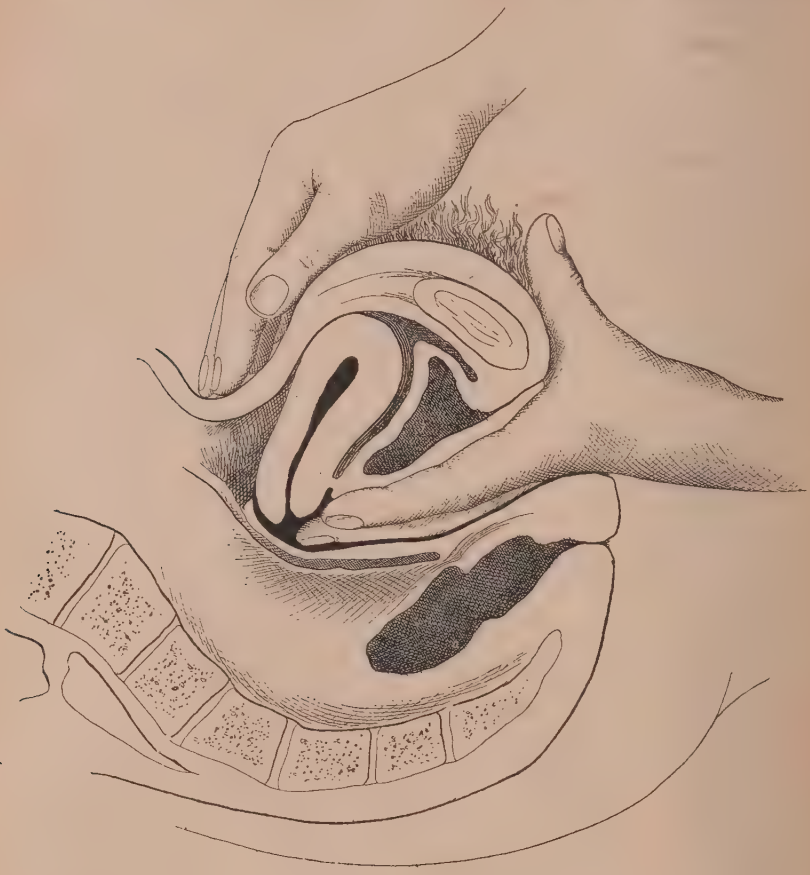


Fig. 329. — Relèvement de l'utérus rétrofléchi, 2e temps (Schultze).

sentée par la figure 330, d'après laquelle l'index introduit dans le vagin repousse le col en arrière, pendant que le médius, placé dans le rectum, chasse le corps en haut et en avant. La main abdominale termine la manœuvre comme tout à l'heure (fig. 329).

La réduction de l'utérus peut également s'opérer dans la position latérale ou génupectorale, en cherchant comme précédemment à repousser le corps vers sa position normale. Suivant la nuance de

chaque cas, le gynécologue saura varier le procédé et la position de la femme.

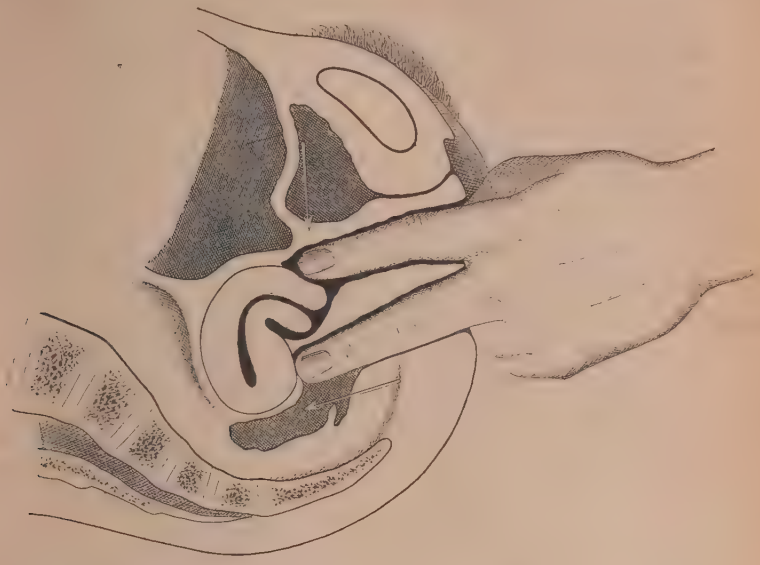


Fig. 330. — Manœuvre vagino-rectale pour redresser l'utérus rétrofléchi.

c. — Redressement avec l'hystéromètre.

L'hystéromètre étant introduit dans l'utérus, la concavité tournée en arrière pour se mouler à la courbe du canal utérin (fig. 331), on lui imprime un mouvement tournant sur lui-même de manière à ramener sa concavité en avant. L'utérus obéissant à l'hystéromètre reprend sa direction normale.

D'une façon générale le redressement par les doigts sera préférable à celui opéré à l'aide de l'hystéromètre. En tout cas, si on fait usage de l'instrument, ce doit être avec beaucoup de douceur pour éviter de blesser l'utérus.

Quand la rétroflexion est maintenue par des adhérences empêchant le succès des tentatives précédentes, il faudra préalablement procéder à la *mobilisation de l'utérus*. Le *massage* combiné avec des irrigations vaginales abondantes, avec des lavements, ainsi qu'avec des grands bains généraux simples ou sulfureux, est le meilleur moyen d'y arriver.

Il arrive souvent que l'utérus après avoir été redressé une ou plusieurs fois conserve sa situation normale, et qu'aucun traitement ultérieur n'est nécessaire. — Dans d'autres cas, au contraire, la rétroflexion se reproduit d'une façon constante, si par un moyen quelconque on ne fixe pas le corps dans sa situation normale.

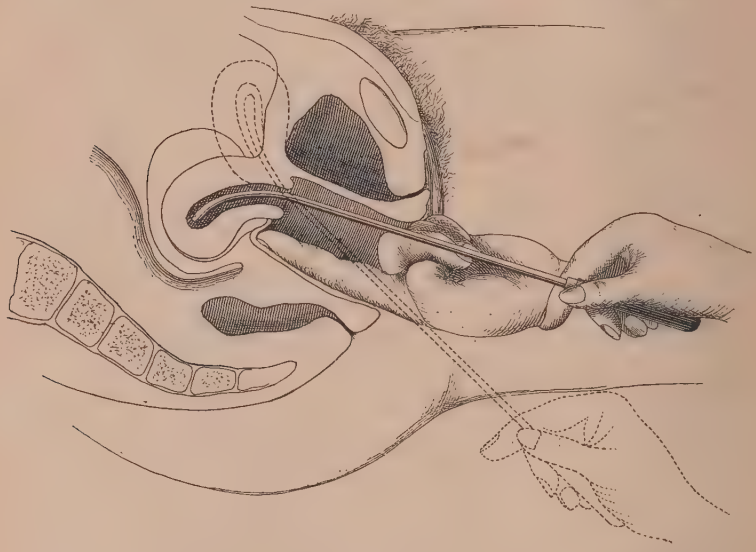


Fig. 331. — Redressement de l'utérus rétrofléchi avec l'hystéromètre (Courty).

Dans ce dernier but on a conseillé, soit l'usage d'un pessaire, soit le raccourcissement des ligaments ronds ou opération d'Alquié-Alexander-Adams, du nom des trois chirurgiens qui l'ont préconisée.

Les pessaires ne donnent ici que de médiocres résultats ; les intra-utérins, seuls réellement efficaces contre la rétroflexion, sont dangereux, quant aux vaginaux, leur action ne peut s'étendre jusqu'au corps placé trop loin du vagin. D'une façon générale bons dans les versions, les pessaires donnent peu de succès dans les flexions.

Si l'action du pessaire échoue il faudra recourir au *raccourcissement des ligaments ronds* ou opération d'Alquié-Alexander-Adams.

Opération d'Alquié-Alexander-Adams. — Le ligament rond (fig. 332) s'engage dans le canal inguinal et se termine par trois ordres de fibres, les unes s'insérant à la partie inférieure du canal vaginal, les autres à l'épine pubienne, les dernières enfin constituant le faisceau principal

et venant s'épanouir dans la partie supérieure de la grande lèvre.

L'opération se fait en quatre temps :

1° Incision des tissus superficiels. — La région pubienne étant rasée, on détermine la situation de l'épine du pubis, puis on fait une

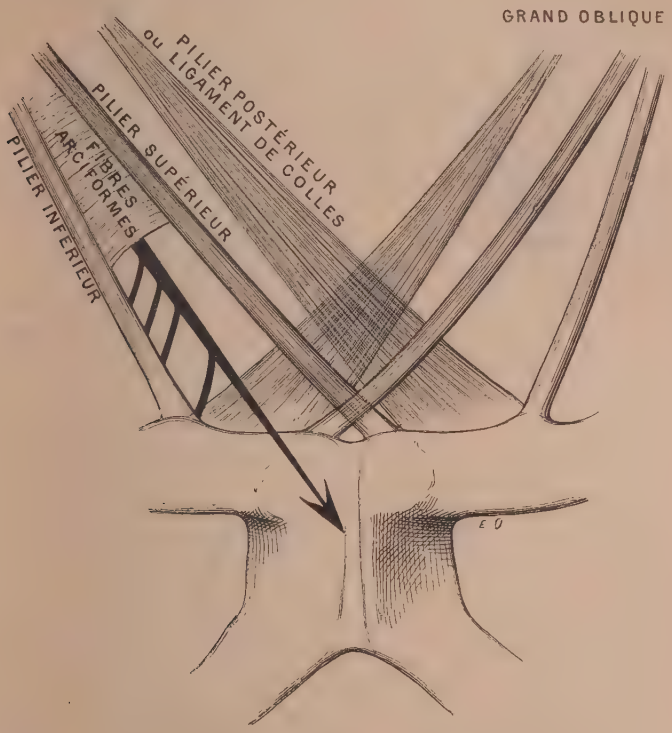


Fig. 332. — Région inguinale superficielle. Terminaison du ligament rond.

incison de 6 centimètres partant un peu en dedans de cette épine, et remontant parallèlement au ligament de Poupart. — Section de tous les tissus jusqu'à l'aponévrose du grand oblique.

2° Recherche du ligament rond. — Chercher la *boule graisseuse* placée en avant de lui et qui en est en quelque sorte le satellite. La boule graisseuse écartée, on tombe sur le ligament cheminant entre les deux piliers, qui bordent l'orifice externe du canal inguinal.

Dénuder avec une sonde cannelée la partie inférieure du ligament rond, détacher les adhérences fibreuses qui la maintiennent à la

partie inférieure du canal inguinal soit avec la sonde cannelée soit avec le bistouri. Fixer le ligament avec une pince à forci-pressure, et faire la même opération du côté opposé.

Les deux ligaments ronds sont dénudés et saisis, procédons au troisième temps.

3° Raccourcissement et fixation des ligaments ronds. — En attirant les ligaments ronds, on va amener le fond de l'utérus vers le pubis ; pour faciliter la manœuvre et éviter la déchirure des fibres ligamenteuses, il faut avec l'hystéromètre porter l'utérus en antéflexion et le faire maintenir dans cette situation par un aide. On attire alors les deux ligaments ronds dans l'étendue de 4 à 10 centimètres suivant les cas, jusqu'à ce qu'on sente une résistance sérieuse qui indique leur tension suffisante. Les ligaments, étant maintenus par un aide, avec une aiguille chargée de *soie*, on traverse le pilier externe, le ligament puis le pilier interne ; le tout est lié ensemble ; on pratique aussi trois sutures à un petit centimètre de distance.

4° Fermeture de la plaie. — Sutures à la soie ou au crin de Florence. Pansement à la gaze iodoformée légèrement compressif. Laisser pendant cinq jours un tampon iodoformé dans le vagin. Quelques opérateurs ont conseillé de placer dans le même but un pessaire de Hodge pour empêcher le tiraillement des ligaments ronds, mais le tampon suffit.

Difficultés. Dangers. Résultats. — Il est parfois impossible de trouver l'extrémité d'un ligament rond. On fera le raccourcissement d'un seul côté, qui suffit dans une certaine mesure à maintenir l'utérus.

En attirant les ligaments ronds, il arrive d'amener et d'ouvrir le péritoine, accident bénin avec l'antisepsie ; on se contentera de fermer l'ouverture par quelques sutures perdues.

Les résultats de l'opération sont en général satisfaisants ; cependant il arrive qu'au bout de quelques mois la déviation se reproduit par suite de l'allongement des ligaments raccourcis. Toutefois comme cette opération est bénigne, elle constitue une précieuse ressource contre la rétroflexion.

Quand avec la rétroflexion coexiste de la métrite, on profitera de la même séance opératoire pour faire le curage, l'amputation du col

si elle est nécessaire et le raccourcissement des ligaments ronds. Le traitement de la complication inflammatoire et de la déviation se pratique ainsi en bloc, sans thérapeutique préparatoire.

Si les annexes étaient atteintes et qu'on dût faire la laparotomie pour les enlever, on pourrait simultanément remédier à la déviation utérine par l'hystéropexie, qui sera étudiée pour la rétroversion.

4. — RÉTROVERSION

Le traitement de la rétroversion présente une grande analogie avec celui de la rétroflexion.

Les trois catégories de cas que nous avons ébauchées à propos de la rétroflexion peuvent ici se retrouver et donner lieu à une thérapeutique différente, à savoir :

Rétroversion sans complication ;
Rétroversion avec métrite ;
Rétroversion avec périmétrite,

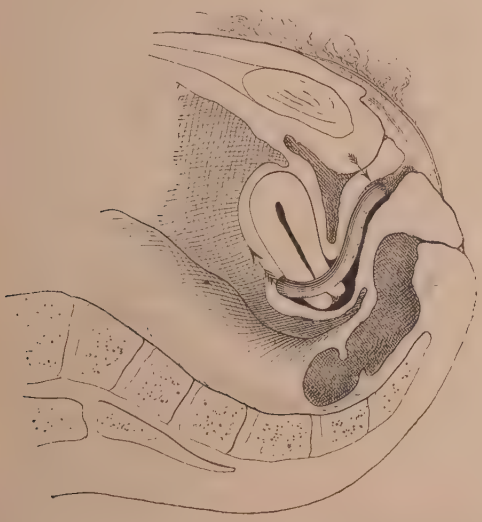


Fig. 333. — Pessaire de Hodge appliqué. Les flèches indiquent son mode d'action.

En premier lieu mobiliser l'utérus à l'aide du massage, au cas où des adhérences le fixeraient dans sa position vicieuse.

Redressement de l'utérus par la position génupectorale, par les doigts ou l'hystéromètre. Même manuel que pour la rétroflexion.

Pour la fixation de l'utérus réduit, contrairement à ce qui a été vu à propos de la rétroflexion, le pessaire donne souvent ici de bons résultats.

Le pessaire de Hodge est le plus souvent conseillé pour cette déviation; sa forme est à peu près ovale, et vu de profil il présente une configuration sigmoïde (fig. 56, p. 73).

Placé dans le vagin comme l'indique la figure 333, il est, d'après l'opinion généralement admise, poussé dans sa partie antérieure par la pression abdominale dans le sens indiqué par la flèche, et il agit en arrière sous forme de levier de bas en haut : par l'intermédiaire du vagin il attire ainsi le col en haut, d'où son heureuse influence sur la rétroversion.

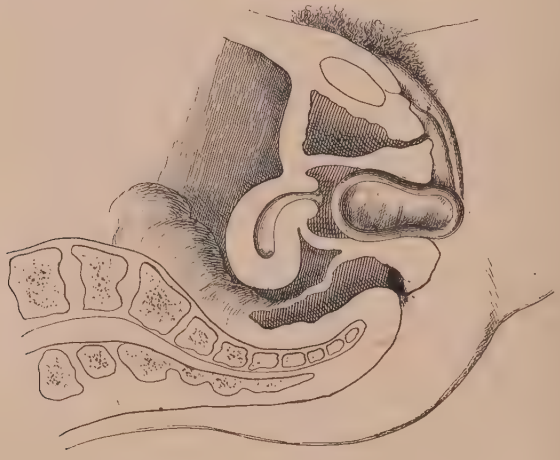


Fig. 334. — Application du pessaire de Hodge, 1er temps (H. Croom).

Le pessaire de Hogde est soit en caoutchouc durci, soit en aluminium, qu'on apprécie à cause de sa légèreté, soit en métal malléable pour pouvoir en modifier la forme suivant les cas ; l'aluminium est en général préférable.

Ses dimensions doivent être telles que la partie postérieure étant en arrière de l'utérus, la partie antérieure se trouve environ à un bon centimètre de l'orifice vulvo-vaginal ; on ne doit pas l'apercevoir en écartant les petites lèvres.

Les trois figures 334, 335, 336 indiquent le mode d'introduction du

pessaire, qu'on peut placer la femme étant en position dorsale ou latérale.

Le pessaire, quand il est bien toléré, sera laissé en place pendant

Fig. 335. — Application du pessaire de Hodge, 2e temps (H. Croom).

plusieurs mois, les injections vaginales suffisent à le maintenir propre. Tous les deux ou trois mois il sera bon de le retirer pen-

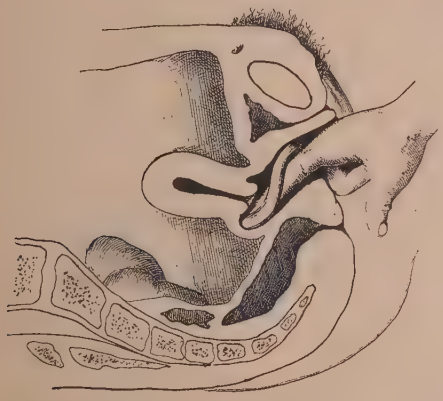


Fig. 336. — Application du pessaire de Hodge, 3e temps (H. Croom).

dant quelques jours pour le replacer ensuite si la déviation a tendance à se reproduire.

Les relations sexuelles ne sont nullement empêchées par la présence de ce petit appareil.

A côté du pessaire de Hodge, on en préconise un grand nombre

d'autres variétés; j'emploie souvent après réduction de l'utérus l'anneau élastique de Dumontpallier et je le préfère même au pessaire de Hodge comme étant plus simple et mieux toléré.

Souvent le pessaire ne réussit pas, soit à cause de son insuffisance comme moyen de contention, soit parce qu'il est mal supporté par la femme; il faut en pareil cas, pour remédier à la déviation, avoir recours à une opération :

Soit au raccourcissement des ligaments ronds,

Soit à l'hystéropexie ou ventro-fixation.

Nous connaissons la première de ces opérations, examinons avec quelques détails la seconde.

Hystéropexie.

Pratiquée d'abord par Kœberlé et Sims, l'hystéropexie a été systématisée par Olshausen. Elle consiste à fixer l'utérus à la paroi abdominale, à suspendre en quelque sorte la matrice à cette paroi comme on pend un lustre au plafond. Tant que la fixation est solide, les déviations sont impossibles.

Parmi les nombreux procédés préconisés pour cette opération, celui de Pozzi me paraît le meilleur. Voici comment l'auteur le décrit dans son traité de gynécologie :

« *Premier temps.* — Incision de la paroi abdominale sur la ligne médiane, de 8 centimètres, commençant à deux travers de doigt au-dessus du pubis. »

« *Deuxième temps.* — Introduction de l'index et du médius de la main droite dans la plaie; recherche et libération du fond de l'utérus qui est ramené en avant; pendant ce temps il peut être utile qu'un aide soutienne l'organe à l'aide des doigts introduits dans le vagin. »

« *Troisième temps.* — Fixation provisoire du fond de l'utérus avec des pinces tire-balles, placées superficiellement sur la partie médiane du fond, où la piqûre des mors ne cause pas d'hémorrhagie. Elles sont confiées à un aide qui soutient ainsi l'organe. Le chirurgien, armé d'une aiguille d'Hagedorn, munie de soie fine mais résistante, fait à la partie inférieure de la plaie deux points de suture comprenant la totalité du plan séro-fibro-musculaire des parois abdo-

minales, de manière à y prendre un point d'appui. A partir de là, il fait rapidement un surjet ascendant, dont la spirale traverse successivement toute la partie profonde de la plaie abdominale (peau et tissu cellulaire exceptés), la couche superficielle de l'utérus sur

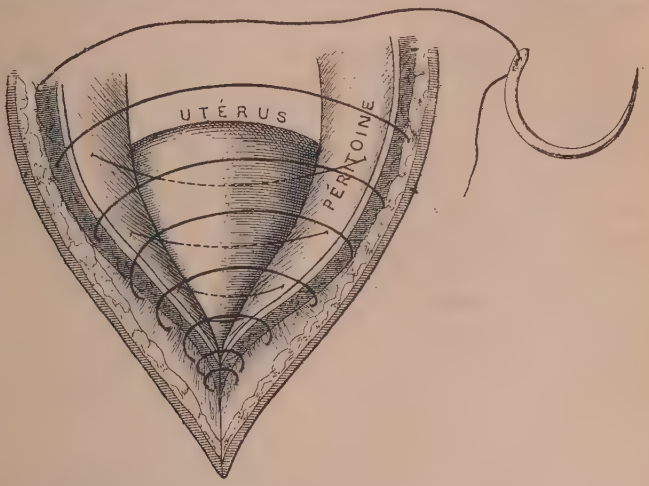


Fig. 337. — Fixation de l'utérus à la paroi abdominale. Suture en surjet (Pozzi).

sa partie médiane, puis l'autre lèvre de l'incision abdominale; trois ou quatre points de suture suffisent. Dès que l'utérus est fixé de la sorte à la paroi antérieure, le surjet de soie est arrêté. »

« *Quatrième temps.* — Le reste de la plaie est fermé par un surjet au catgut à deux plans superposés. Deux sutures à la soie comprenant la peau et le tissu cellulaire, et un surjet superficiel au catgut terminent l'opération. »

Je ne ferai que deux réserves au sujet de ce procédé : l'aiguille de Hagedorn ne me paraît pas nécessaire, on peut se contenter d'une aiguille courbe ordinaire. La suture superficielle de l'abdomen doit être faite à la soie de préférence au catgut.

L'hystéropexie est une opération peu grave quand elle est pratiquée avec toute l'antisepsie voulue. Cependant elle expose aux dangers de toute laparotomie, une imprudence dans l'antisepsie peut causer la mort de la femme ; c'est donc une intervention plus sérieuse que les opérations vagino-cervicales dont la bénignité est absolue, et qui demande par conséquent à n'être faite qu'avec des indications bien précises.

Les résultats sont diversement appréciés par les auteurs, les uns y ayant renoncé vu la fréquence des rechutes, les autres lui restant fidèles à cause, disent-ils, de la rareté des insuccès.

Elle n'empêche pas le développement normal de la grossesse, quoique prédisposant à l'avortement.

L'hystéropexie est en somme une opération encore à l'étude sur laquelle il est impossible de porter un jugement définitif.

Deux opérations permettent, ainsi qu'on le voit de remédier à la retroversion; l'une essentiellement bénigne, le *raccourcissement des ligaments ronds* ; l'autre un peu plus périlleuse car elle nécessite l'ouverture du péritoine, l'*hystéropexie*.

Les résultats de ces opérations ne peuvent encore être jugés d'une façon définitive, mais semblent jusqu'à nouvel ordre à peu près équivalents.

En présence de ces données, quel doit être le choix du gynécologue ?

Si une circonstance quelconque, ovaire malade, trompe à enlever, fibrôme pédiculé et sous-péritonéal de l'utérus, etc., nécessite la laparotomie, il n'y aura pas à hésiter, le péritoine étant ouvert, à préférer l'hystéropexie au raccourcissement des ligaments ronds. Si au contraire, aucun état pathologique autre que la déviation utérine ne nécessite la laparotomie, il sera préférable de recourir au raccourcissement des ligaments ronds. Telle est, jusqu'à nouvel ordre, la conduite qui me semble la mieux justifiée.

5. PROLAPSUS UTÉRO-VAGINAL

Le prolapsus utéro-vaginal n'est qu'une rétroversion avec abaissement utérin exagéré; le traitement est le même dans les deux cas.

Si on pratique le raccourcissement des ligaments ronds, il est bon de compléter l'action de l'opération en appliquant un pessaire élastique, qui aura l'avantage de faciliter l'action des ligaments raccourcis.

Quand l'utérus arrive au dehors, le plus souvent à l'abaissement de l'utérus viennent se joindre la cystocèle et même la rectocèle; on a alors un *prolapsus mixte* dont nous étudierons la thérapeutique après celle du prolapsus vagino-utérin.

6. PROLAPSUS VAGINO-UTÉRIN

Le traitement opératoire est le traitement de choix et on y aura recours toutes les fois qu'il sera accepté par la malade.

Il consiste à faire successivement :

a. Le curage
b. L'amputation du col;
c. La colporraphie antérieure;
d. La colporraphie postérieure avec périnéorraphie.

a. Le *curage* sera fait d'après les principes décrits à propos de la métrite (p. 250).

b. L'*amputation du col* devra être sus-vaginale et plus ou moins étendue suivant le degré d'hypertrophie utérine.

Les deux lèvres du col étant saisies avec des pinces de Mu-

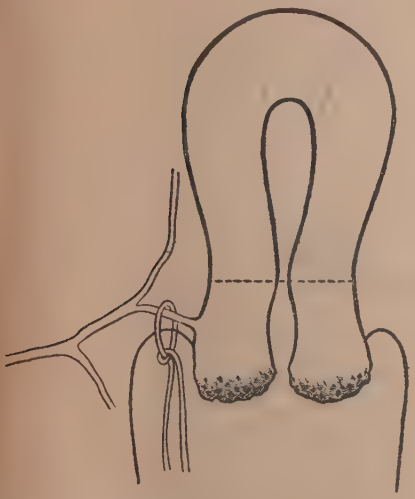


Fig. 338. — Ligature de l'artère utérine.

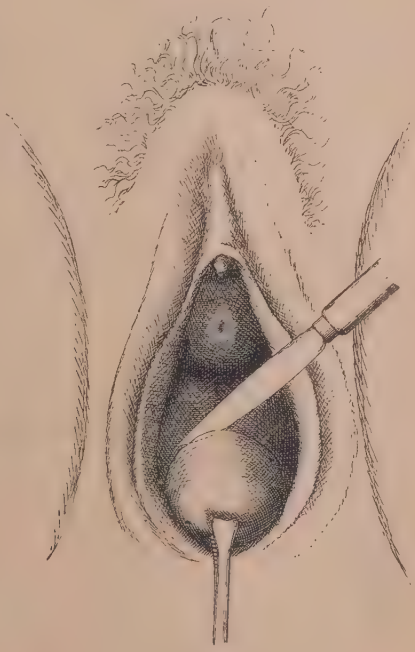


Fig. 339. — Incision du vagin.

seux et attirées à la vulve, on fait (fig. 338) la ligature préalable de l'utérine à droite et à gauche du col, puis (fig. 339) on coupe

circulairement la muqueuse vaginale à un bon centimètre au-dessus du bord libre du col.

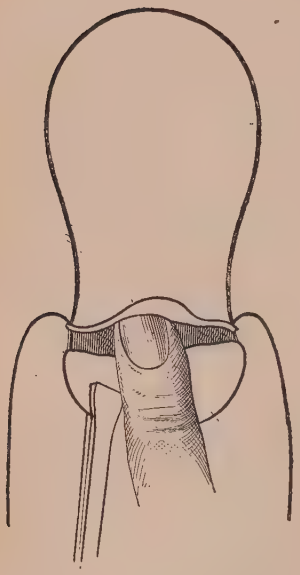


Fig. 340. — Décollement du vagin.

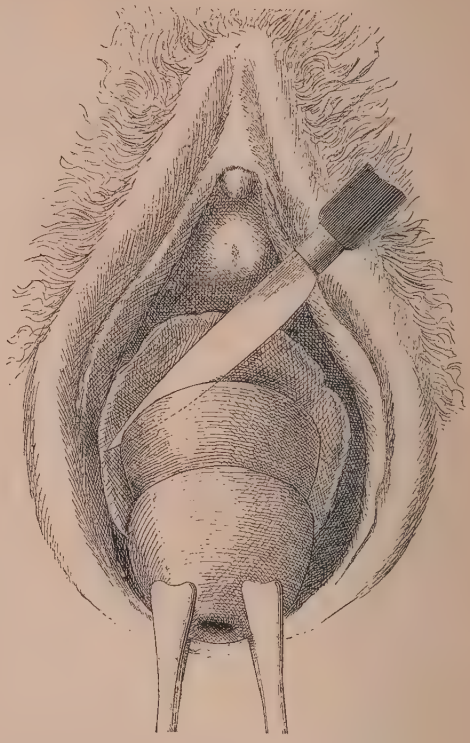


Fig. 341. — Amputation du col.

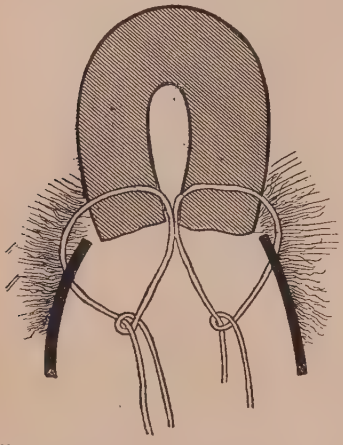


Fig. 342. — Sutures cervico-vaginales.

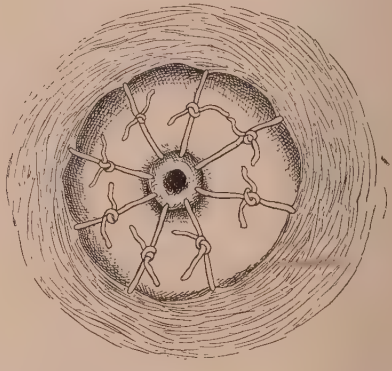


Fig. 343. — Sutures appliquées.

La muqueuse vaginale étant circulairement incisée, on la détache

avec l'ongle de manière à libérer le col en remontant vers le corps de l'utérus (fig. 341). On détache ainsi le col dans une étendue de 2, 3 à 4 centimètres, en soulevant la vessie en avant et le péritoine en arrière. Quand l'adhérence devient trop intime pour permettre de

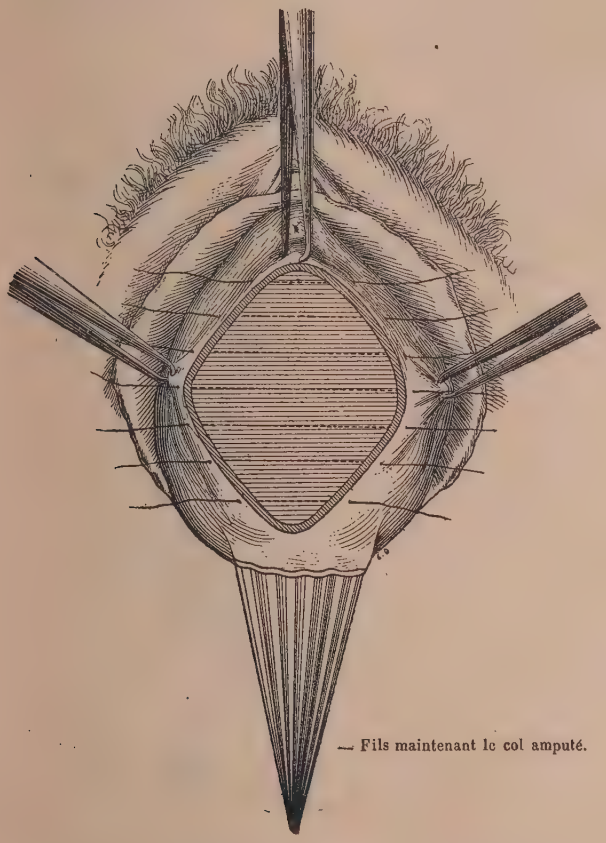


Fig. 344. — Colporraphie antérieure (procédé de Hégar).

libérer plus haut l'utérus, on sectionne le col perpendiculairement à son axe, comme on le ferait avec une petite guillotine, et avant de terminer la section en arrière, on passe en avant une ou deux sutures *au catgut* (assez fort, n° 2) comprenant la muqueuse vaginale et le col au-dessus de la section. Les ligatures sont serrées, on finit de détacher le col avec le bistouri et on fait tout autour des sutures, *en rosette*, réunissant la surface de section à la paroi vaginale voi-

sine (fig. 342). Les fils sont conservés intacts, car ils serviront à abaisser l'utérus pendant la colporraphie antérieure.

L'amputation du col étant terminée, on procède à la colporraphie antérieure en se conformant au procédé de Hégar.

c. Colporraphie antérieure. — Le col étant maintenu par les fils de catgut, on place trois pinces à crochet ainsi que l'indique la figure 344

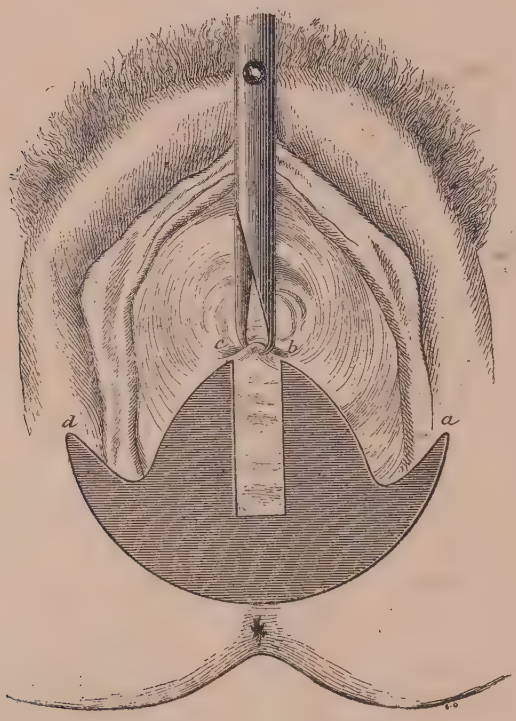


Fig. 345. — Avivement dans le colpo-périnéorraphie (procédé de Martin).

de manière à tendre la paroi vaginale. On dessine au bistouri un avivement quadrilatère à bords arrondis. La muqueuse est détachée à l'aide du bistouri et de pinces à griffes. Si quelques vaisseaux saignent trop abondamment, on les serre momentanément avec des pinces à forcipressure. Passage de fils de soie transversalement dans l'épaisseur de la cloison vésico-vaginale, en respectant autant que possible la vessie. Ligature de ces fils d'arrière en avant.

d. Colpo-périnéorraphie. — Je donne la préférence au procédé de Martin avec suture interrompue à la soie, car la suture continue au

catgut, très employée en Allemagne dans ces derniers temps, a l'inconvénient de ne pas tenir assez longtemps pour mettre à l'abri de la désunion secondaire.

Le tracé général de l'avivement est celui indiqué par la figure 345, c'est-à-dire deux triangles longeant la colonne postérieure du vagin et venant se confondre par leur base avec l'avivement vulvo-péri-

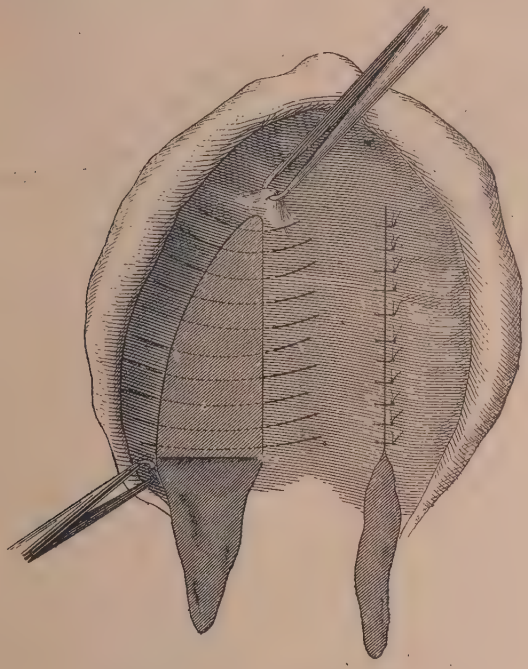


Fig. 346. — Sutures vaginales (Martin).

néal. Avivement vulvo-périnéal en forme de quadrilatère transversalement allongé.

On commence par l'avivement vaginal, sur lequel on applique transversalement des sutures à la soie, ainsi que l'indique la figure 346.

Après qu'on a procédé à l'avivement vulvo-périnéal, les parties étant tendues à l'aide de pinces à crochet, on place des sutures transversales à la soie, les supérieures se trouveront nouées dans l'intérieur du vagin, les inférieures à la surface du périnée (fig. 347).

Le tout est protégé à l'aide de gaze iodoformée, qui sera laissée deux à trois jours en place. Cathétérisme vésical deux fois par vingt-quatre heures pendant les trois premiers jours.

Les fils superficiels seront enlevés au bout de huit jours, les

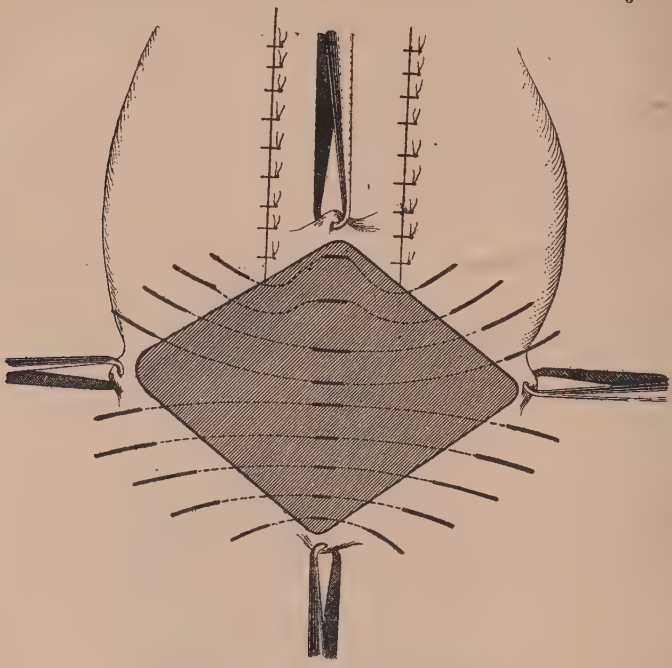


Fig. 347. — Sutures périnéales (Martin).

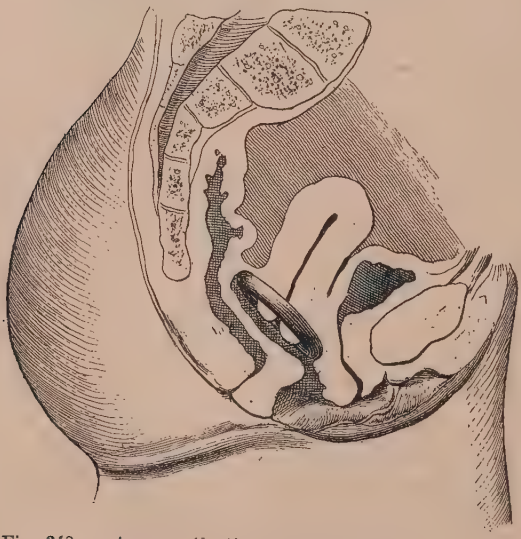


Fig. 348. — Anneau élastique placé en cas de prolapsus.

profonds après douze à quinze jours, ou même plus tard.

Cette opération multiple, sans danger pour la femme, donne en général, quand l'union des parties est bien complète, de très bons résultats.

A propos du traitement opératoire, je ne fais que mentionner l'occlusion de la vulve et l'hystérectomie vaginale totale qu'il faudra réserver à des cas exceptionnels; la première de ces opérations ne doit être pratiquée qu'après la ménopause.

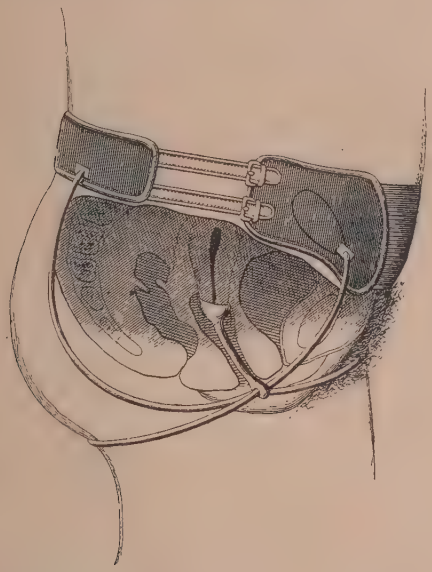


Fig. 349. — Utérus prolabé maintenu par un hystérophore ou pessaire vagino-abdominal (M. Intosh).

Malheureusement, le traitement opératoire n'est pas toujours accepté par la femme atteinte de prolapsus, et il faut alors recourir à l'usage d'un pessaire. Quand la vulve est suffisamment étroite, un anneau élastique d'assez grande dimension pourra suffire à maintenir l'utérus et la paroi vaginale en place (fig. 348), et à rendre à la femme la vie un peu plus tolérable. Si ce pessaire est insuffisant, on aura recours à un pessaire vagino-abdominal ou hystérophore, (fig. 349). Cet appareil se compose d'une ceinture à laquelle est fixée une tige qui, pénétrant dans le vagin, vient par une petite cupule soutenir l'utérus et le maintenir en place.

7. PROLAPSUS MIXTE

Dans le prolapsus mixte, c'est-à-dire débutant par l'abaissement de l'utérus, et se compliquant ultérieurement de cystocèle et de rectocèle, il n'y a pas en général d'hypertrophie utérine, aussi à moins de métrite, l'amputation du col est-elle inutile.

D'autre part, le relâchement des ligaments ronds, qui a marqué le début des désordres étant très accentué, il sera bon d'y parer par le raccourcissement des ligaments ronds.

De telle sorte que l'opération du prolapsus mixte diffère un peu de celle du prolapsus vagino-utérin. Amputation du col utérin en moins, et raccourcissement des ligaments ronds en plus.

Cette opération consiste donc dans

Le curage;
La colporraphie antérieure;
La colpo-périnéorraphie;
Le raccourcissement des ligaments ronds.

Comme ressource ultime on aura ici, de même que dans tout prolapsus, l'hystérectomie vaginale totale.

8. PSEUDO-PROLAPSUS

Le pseudo-prolapsus ou hypertrophie intra-vaginale du col utérin n'est justiciable que d'un seul traitement, l'amputation et comme

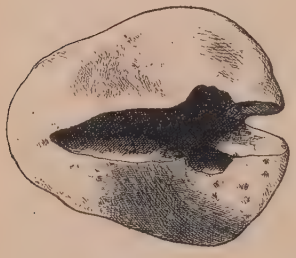


Fig. 350.

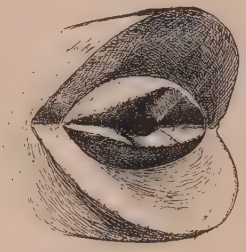


Fig. 351.

Fig. 352.

cette opération est sans danger il n'y a aucune hésitation à la conseiller et à la pratiquer.

On aura recours à l'amputation cunéiforme de Simon et Markwald.

1° Figure 350. Incision transversale avec les ciseaux jusqu'au voisinage de l'incision vaginale.

2° Figure 351. Sur chaque lèvre de l'utérus, tailler avec le bis-

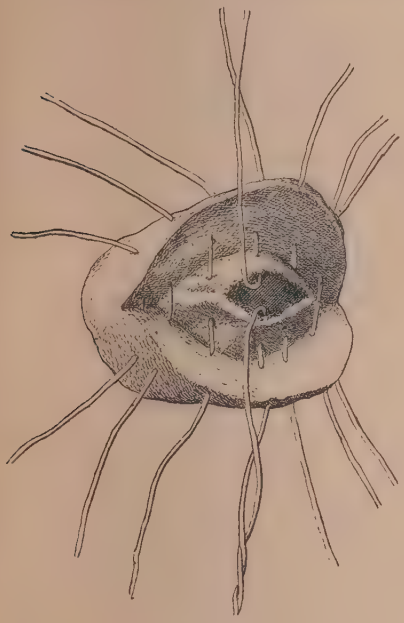


Fig. 353.

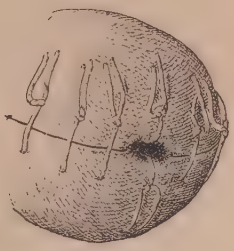


Fig. 354.

touri deux lambeaux en forme de coin, donnant sur une coupe l'aspect représenté par la figure 352.

3° Figure 353. Ligatures au catgut, donnant, quand elles sont serrées, le résultat indiqué par la figure 354.

Il sera bon de faire précéder cette opération de même que la plupart des interventions utérines du curage.

Résumé du traitement des déviations.

Commencer par traiter la complication.

1° *Antéflexion.*
Massage.
Dilatation avec ou sans cautérisation.

2° *Antéversion.*
Soit pessaire élastique; ceinture de renfort.
Soit opération de Sims.

3° *Rétroflexion.*
Massage pour mobiliser.
Redressement utérin à l'aide de : position, doigts, sonde.
Raccourcissement des ligaments ronds.

4° *Rétroversion.*
1° Mobilisation.
2° Redressement (comme rétroflexion).
3° Pessaire de Hodge ou de Dumontpallier.
4° Opération (soit raccourcissement des ligaments ronds, soit hystéropexie).

5° *Prolapsus utéro-vaginal.*
Même traitement que rétroversion.

6° *Prolapsus vagino-utérin.*
Soit curage, amputation du col. Double colpo-périnéorraphie.
Soit pessaire vaginal de Dumontpallier.
Soit, si insuffisant, pessaire vagino-abdominal.

7° *Prolapsus mixte.*
Combiner les deux traitements précédents (chirurgicaux).

8° *Pseudo-prolapsus.*
Amputation cunéiforme du col.

CHAPITRE VII

INVERSION UTÉRINE

SOMMAIRE

Définition.

Anatomie pathologique.

1er degré. Inversion intra-utérine.
2e — — intra-vaginale.
3e — — extérieure.

Etiologie.

Variété puerpérale.
— apuerpérale.

Symptômes et diagnostic.

Inversion puerpérale.
— apuerpérale.

Traitement.

a. Inversion puerpérale.
1. Récente.
2. Ancienne.
a. Traitement manuel.
b. Traitement instrumental.
c. Traitement opératoire.
1. Réduction.
2. Hystérectomie.

b. Inversion apuerpérale ou polypeuse.
Traitement opératoire.

INVERSION UTÉRINE

Prenons le cadavre d'une femme morte peu après la délivrance et dont les organes génitaux, l'utérus en particulier, présentent une grande flaccidité. — L'abdomen ouvert, appuyons avec un doigt au

Fig. 355. — Inversion intra-utérine ou du premier degré.

Fig. 356. — Inversion intra-vaginale ou du second degré.

niveau d'une corne utérine dans la direction du col utérin; sous l'influence de la pression digitale, l'utérus va se creuser en cupule, et la cupule ira grandissant 1, 2, 3 (fig. 355). — Continuons la pression, et si la doigt n'est pas assez long, remplaçons-le par une tige mousse, l'utérus continue à se retourner et envahit petit à petit le vagin, 1, 2, 3 (fig. 356). — Pressons toujours, l'utérus complètement

retourné franchit l'orifice vulvaire entraînant à sa suite le vagin, 1, 2, 3 (fig. 357).

Nous venons de produire expérimentalement, ce qu'on désigne cliniquement sous le nom d'*inversion utérine*.

Fig. 357. — Inversion extérieure ou du troisième degré.

L'inversion utérine présente donc trois degrés :

Premier degré. — *Inversion intra-utérine*. (Fig. 355-1, 2, 3.) — Le fond de l'utérus, dans sa descente, ne franchit pas l'orifice externe du museau de tanche de telle sorte que le doigt explorant le vagin ne peut le rencontrer à moins de pénétrer dans la cavité utérine.

Deuxième degré. — *Inversion intra-vaginale*. (Fig. 356-1, 2, 3.) — L'orifice externe est franchi par le fond de l'utérus qui s'approche plus ou moins de la vulve sans toutefois proéminer à son niveau. Dans sa conformation, la tumeur présente une grande analogie avec un polype fibreux venant faire saillie dans le vagin. — Du côté de l'abdomen, la cupule utérine est comblée par les ligaments larges et les organes qui en dépendent : ligaments ronds, trompes, ovaires. Une anse intestinale vient parfois s'y engager.

Troisième degré. — *Inversion extérieure*. (Fig. 357-1, 2, 3.) — Le fond de l'utérus par sa face muqueuse proémine à l'orifice vulvo-vaginal. A ce troisième degré, il y a un véritable prolapsus de l'utérus, car le col utérin ne se trouve plus à son niveau normal, les ligaments qui le soutiennent ont dû se relâcher pour permettre à l'organe de pointer au dehors. Le prolapsus s'accentue avec la saillie même de la tumeur. — Le retournement complet de l'utérus et du vagin, qui a été représenté comme dernier et ultime stade de l'inversion dans la figure schématique 357 (c'est-à-dire figure 357-3) n'existe pas cliniquement, ou du moins je ne crois pas qu'on en ait encore cité d'exemple.

La caractéristique clinique de ces trois degrés ressort clairement de ce qui vient d'être dit :

3e degré, accessible à la vue.
2e — — au doigt.
1er — — à la palpation abdominale.

On pourrait encore dire :

3e degré, inversion visible.
2e — — tangible.
1er — — palpable.

L'utérus ne s'inverse que dans deux circonstances : à la suite de l'accouchement ou avec une tumeur fibreuse appendue à sa face interne.

Il y a donc au point de vue étiologique :

Une inversion puerpérale ;
— apuerpérale, encore appelée polypeuse.

La première est sept fois plus fréquente que la seconde ; néanmoins l'inversion puerpérale est elle-même rare, puisqu'on ne la trouve qu'une fois environ sur dix mille accouchements.

L'*inversion puerpérale* survient après l'accouchement, avant ou après la délivrance ; tantôt brusque, tantôt au contraire se faisant avec une certaine lenteur. On a accusé les tractions sur le cordon de la produire, mais cette explication, séduisante pour un débutant, est moins satisfaisante que celle qui attribue le renversement à une paralysie partielle de l'utérus ; le muscle utérin, paralysé dans une partie de son étendue, céderait et se retournerait sous le poids de la pression abdominale ou des efforts de la femme.

L'*inversion apuerpérale* est la conséquence d'un fibrôme sessile ou pédiculé, appendu à la face interne et de préférence vers le fond de l'utérus. L'utérus, en expulsant la tumeur, se renverse en même temps, un peu comme la personne qui, voulant en jeter une autre à l'eau, y tombe avec elle. L'utérus accouche de la tumeur et de lui-même, de telle sorte que quand le fibrôme est dans le vagin, l'inversion est produite.

Dans les deux variétés d'inversion, le deuxième degré peut se transformer en troisième sous l'influence des efforts de la femme qui tendent à expulser l'utérus à travers l'orifice vulvaire ; cette tendance serait facilitée s'il existait un prolapsus antérieur ou si les tissus mous présentaient une grande laxité.

L'*aspect clinique* varie essentiellement suivant la cause et le degré de l'inversion.

Inversion puerpérale. — La femme vient d'accoucher; au moment de la délivrance, avant ou après la sortie du placenta, il se produit une hémorrhagie abondante, parfois précédée d'une douleur assez

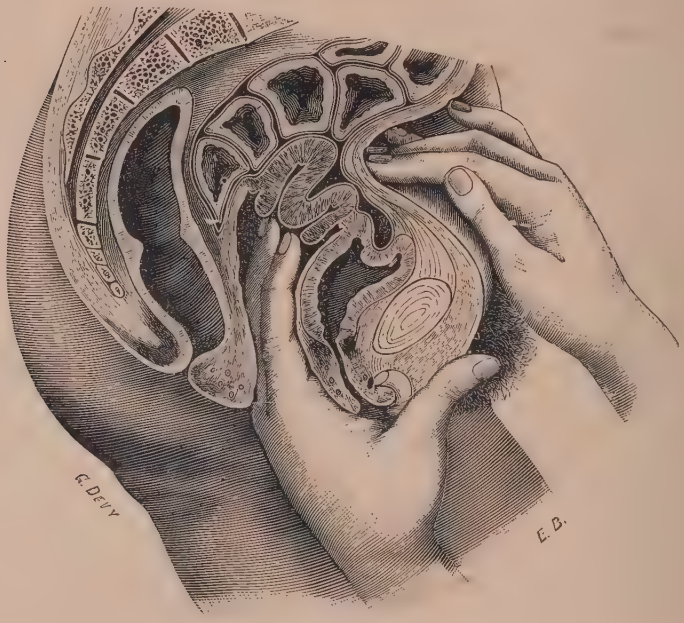


Fig. 358. — Exploration digitale de l'inversion du premier degré.

(L'inversion est représentée à la limite du premier degré, aussi le fond de l'utérus devient accessible au doigt vaginal, alors qu'il ne l'est pas quand l'inversion est moins prononcée.)

aiguë (attribuée au retournement de l'utérus), on cherche avec la main, à travers la paroi abdominale, le globe utérin, mais au lieu de le sentir dur et arrondi, on trouve sur un point de sa surface, une dépression plus ou moins profonde (fig. 358) dans laquelle les doigts peuvent s'engager comme en un cul-de-sac; le toucher vaginal ne donne aucun renseignement spécial, à moins que le fond de l'utérus n'arrive au voisinage de l'orifice externe, et ne soit ainsi accessible au doigt vaginal. Le toucher intra-utérin permet, quand il est possible, de constater directement le retournement de l'organe.

A un degré plus avancé, la main ne sent plus le globe utérin à travers la paroi abdominale, mais le doigt rencontre dans le vagin (fig. 359) la tumeur formée par l'utérus retourné, tumeur assez égale, molle, dépressible, saignant abondamment ; en allant dans le cul-de-sac antérieur et en franchissant l'orifice utérin, le doigt est arrêté par la paroi utérine formant elle-même un cul-de-sac.

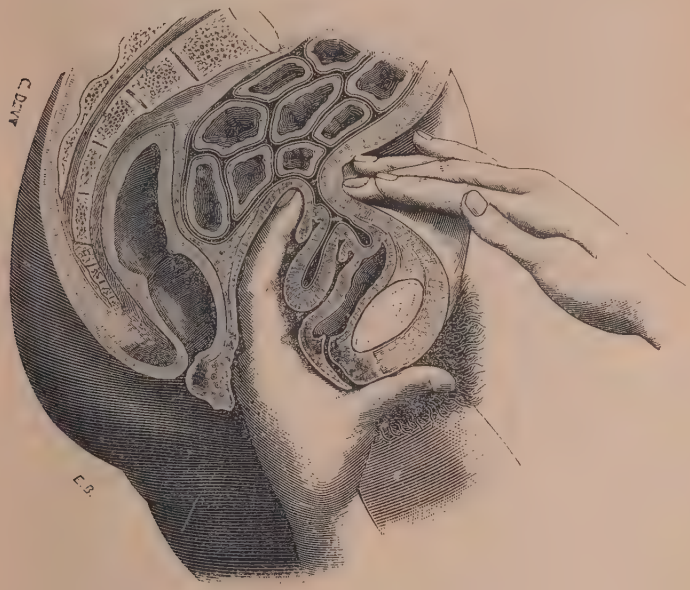


Fig. 359. — Exploration digitale de l'inversion utérine du second degré.

Au troisième degré (fig. 360), la tumeur fait saillie à l'extérieur sous la forme d'une sphère violacée, inégale et tourmentée quant à son aspect extérieur, molle et dépressible lorsqu'on la comprime entre les doigts ; à sa surface on aperçoit parfois deux orifices qui sont l'embouchure des trompes. En essayant de pénétrer dans le vagin, le doigt est bientôt arrêté par le cul-de-sac formé par la paroi vaginale que l'utérus a abaissée.

Si la femme n'est pas secourue, l'hémorrhagie peut causer la mort assez promptement (mort par choc d'après certains auteurs) ; dans d'autres cas, l'écoulement se tarit et l'inversion devient chronique ; dans quelques cas exceptionnels, on a noté une réduction spontanée.

Inversion apuerpérale. — Par le fait de son fibrôme, la femme avait des phénomènes de métrite plus ou moins abondante; l'inversion en se produisant modifie peu ces symptômes, sinon en les aggravant.

C'est l'examen direct qui permettra de reconnaître l'inversion

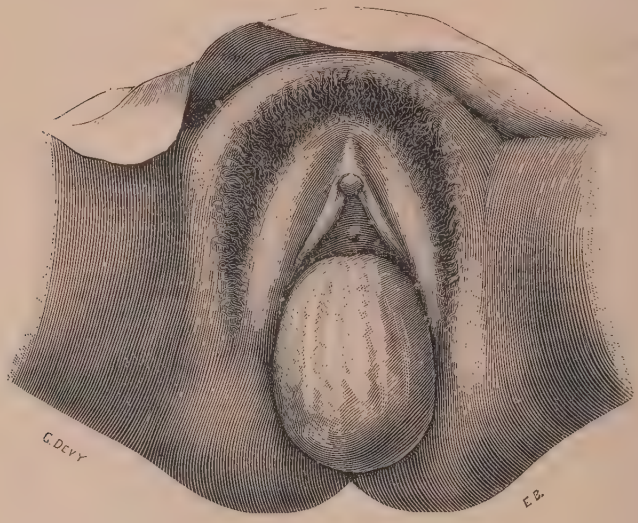


Fig. 360. — Inversion du 3e degré.

compliquant le fibrôme et dont la production se fait toujours avec une certaine lenteur.

Si l'inversion est extérieure, la vue permettra de porter le diagnostic, que confirmera le toucher en fournissant des renseignements analogues à ceux décrits pour l'inversion puerpérale de même degré.

Si l'inversion est intra-vaginale, le doigt, remplaçant l'œil, délimitera deux tumeurs, l'une constituée par le fibrôme et l'autre par l'utérus retourné.

Le diagnostic est beaucoup plus difficile s'il s'agit d'une inversion intra-utérine, et surtout si elle est peu accentuée. Ce diagnostic a cependant son importance, car si, avec un léger degré d'inversion, on veut enlever un fibrôme, on s'expose en pareil cas, ainsi que l'indique la figure 362, à enlever toute l'épaisseur de la paroi utérine et à perforer l'utérus. Ce n'est que par un palper attentif, combiné au

toucher intra-utérin, qu'on pourra reconnaître ces légers degrés d'inversion. — Ce danger est d'ailleurs une des raisons, qui ont

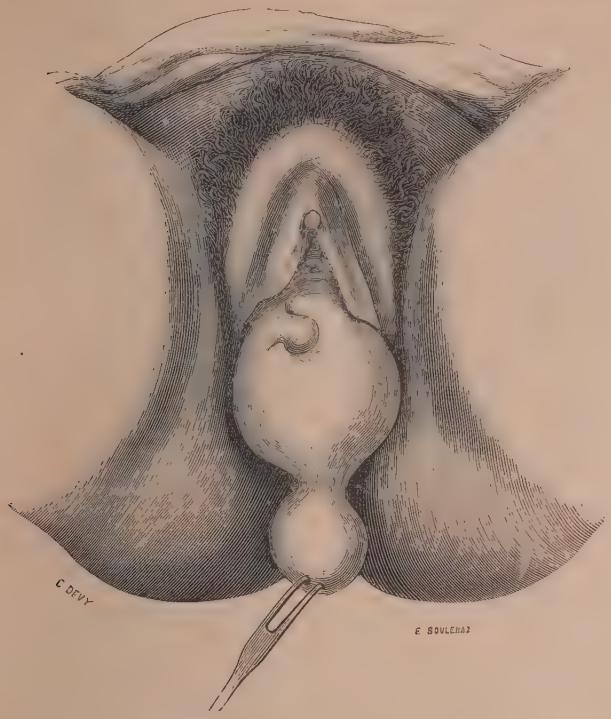


Fig. 361. — Inversion utérine, 3e degré, avec polype fibreux (Schrœder).

fait abandonner l'écraseur en pareil cas, pour recourir à l'énucléation par morcellement, méthode que nous étudierons à propos des fibrômes.

Cette inversion, produite sous l'influence des fibrômes, est essentiellement chronique; elle ne guérit que grâce à un traitement approprié.

Dans l'une et l'autre variété d'inversion, l'utérus subit souvent des modifications de surface : quand il arrive au dehors, il se cutanise en quelque sorte; dans d'autres cas, il s'enflamme et se couvre d'ulcérations qui peuvent devenir plus ou moins profondes; il donne alors naissance à un écoulement muco-purulent.

Nous venons, en étudiant les symptômes, de voir les signes

auxquels on reconnaît une inversion; examinons maintenant les affections qui peuvent donner lieu à une confusion.

Fig. 362. — Polype fibreux avec légère inversion de l'utérus, exposant à la perforation de l'utérus au moment de l'ablation de la tumeur avec une anse métallique (Skene).

Inversion intra-utérine.— Le doigt ou l'hystéromètre en pénétrant

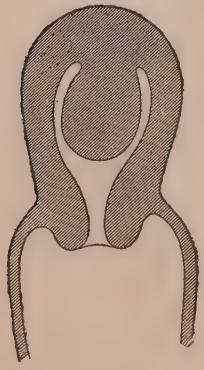


Fig. 363. — Fibrôme[1].

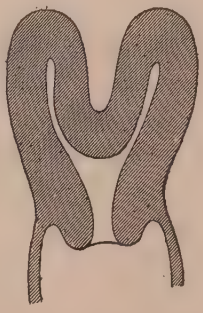


Fig. 364. — Inversion.

Fig. 365. — Utérus cloisonné.

dans la cavité utérine, a pu découvrir la présence d'une tumeur; il

[1] Les figures 363 à 368 sont empruntées à Gaillard Thomas.

s'agit de déterminer si c'est un fibrôme (fig. 363) ou un léger degré d'inversion (fig. 364). Un palper attentif de la surface externe de l'utérus lèvera les doutes, car s'il s'agit d'une inversion il fera découvrir une dépression au point correspondant à la tumeur. — Le diagnostic devient encore plus délicat si on a affaire à un utérus cloisonné (fig. 365), car à la tumeur sentie dans l'utérus correspond une dépression à la surface externe; mais, en pareil cas, la saillie intra-utérine ne constitue pas une simple tumeur, mais *une véritable cloison* divisant en deux loges la coupole de l'utérus.

Inversion intra-vaginale. — L'inversion intra-vaginale (fig. 366) pourrait être confondue avec un polype faisant saillie à travers

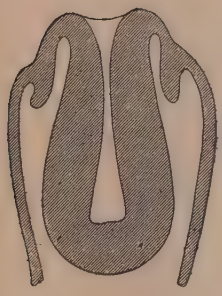


Fig. 366. — Inversion intra-vaginale.

Fig. 367. — Polype utérin descendu dans le vagin.

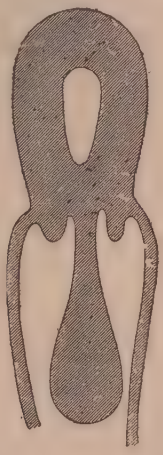


Fig. 368. — Polype utérin descendu dans le vagin; occlusion de la cavité utérine.

l'orifice externe (fig. 367), mais l'hystéromètre, en révélant à côté du fibrôme la cavité utérine, lèvera les doutes, si le palper n'avait pas déjà éclairé le diagnostic en permettant de délimiter le corps de l'utérus.

Le diagnostic peut devenir plus difficile si (fig. 368) avec un fibrôme la cavité utérine est obturée ; alors l'hystéromètre ne donne plus aucun renseignement et le palper constitue la seule ressource du diagnostic.

Le toucher rectal, pratiqué simultanément avec l'introduction d'un cathéter dans la vessie, pourra fournir des renseignements précieux. Si, en effet, il s'agit d'une inversion, le doigt et le cathéter seront susceptibles de se rencontrer au-dessus de l'utérus inversé, mais ils seront séparés si l'utérus est en situation normale.

Comme autre signe distinctif, il importe de noter que l'utérus est sensible à la piqûre d'une aiguille, tandis que l'insensibilité du polype fibreux est absolue. Toutefois, il ne faudrait pas ajouter une trop grande confiance à ce signe distinctif; je l'ai, pour ma part, trouvé en défaut.

Inversion extérieure. — Il existe une tumeur saillante à la vulve. S'agit-il d'un simple prolapsus (fig. 369) ou d'une inversion compli-

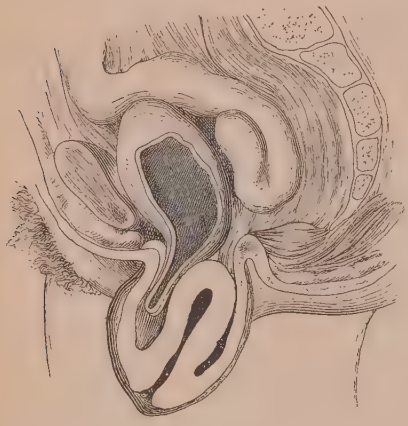


Fig. 369. — Prolapsus de l'utérus sans inversion, pouvant simuler l'inversion du 3e degré ou extérieure (Courty).

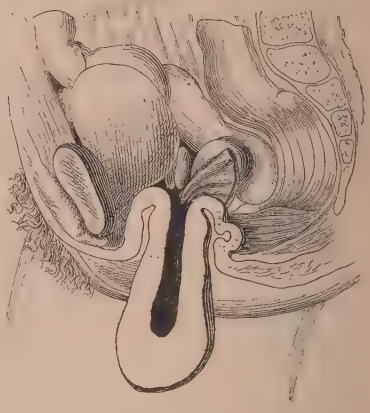


Fig. 370. — Inversion utérine extérieure pouvant simuler le prolapsus simple (Courty).

quée de prolapsus (fig. 370)? — Dans le premier cas, au sommet de la tumeur s'ouvre un orifice qui donne accès dans la cavité utérine; rien de semblable dans le second cas, où on ne peut trouver à la surface de la tumeur d'autre orifice que celui des trompes, beaucoup trop petit pour admettre un hystéromètre et prêter à confusion.

Pour terminer ce chapitre de diagnostic, je cite le tableau de Denucé[1], qui résume ainsi qu'il suit le diagnostic différentiel entre l'inversion et les polypes fibreux :

POLYPES	INVERSION
1er *degré.*	
1° L'hystéromètre ou cathéter utérin montre la cavité utérine augmentée.	1° Le cathéter montre la cavité utérine diminuée.

[1] *Traité de l'inversion utérine.* Paris, 1883, p. 252.

2° Le *toucher vaginal et rectal* aidé de la *palpation abdominale*, montre que l'utérus a conservé sa *forme globuleuse*. Il offre souvent *une augmentation de volume*.

3° L'acupuncture de la tumeur est *indolente*.

2° Ces procédés d'exploration font reconnaître un *aplatissement* de l'organe, un *rapetissement* d'ensemble, et sur le corps même de l'utérus une *dépression circulaire*.

3° L'acupuncture est *douloureuse*.

2e degré.

1° Le cathéter pénètre dans la cavité utérine en longeant la tumeur par un de ses côtés. Il peut atteindre le fond de l'utérus et s'enfoncer à 50 millimètres de profondeur.

2° Le toucher vaginal et rectal, aidé de l'*exploration vésicale*, permet de constater la présence du corps de l'utérus en son lieu ordinaire.

3° L'acupuncture et la pression sont indolentes.

1° Le cathéter pénètre entre le col et le pédicule, mais rencontre aussitôt une rainure circulaire contre le fond de laquelle il butte, et ne peut s'enfoncer de plus de 15 à 20 millimètres.

2° Cette même exploration fait découvrir, à la place *du corps de l'utérus qui manque, une excavation en forme d'anneau rigide*.

3° L'acupuncture et la pression sont douloureuses.

3e degré.

1° Le *cathéter pénètre dans l'utérus* en contournant le pédicule de la tumeur.

2° Le *toucher vaginal et rectal*, aidé de *l'exploration vésicale*, permet de constater la présence du corps de l'utérus dans son lieu ordinaire.

3° L'acupuncture et la pression sont indolentes.

1° Le cathéter *ne trouve plus de cavité* en contournant le pédicule de la tumeur.

2° Cette même exploration permet de constater *l'absence de l'utérus* dans l'abdomen et de constater à sa place *une excavation à bords mous et déclives en forme d'entonnoir*.

3° L'acupuncture et la pression sont douloureuses.

TRAITEMENT

Le chapitre du traitement doit être étudié dans l'ordre suivant :

A. — *Inversion puerpérale :*
- 1° Récente ;
- 2° Ancienne.
  - *a.* Traitement manuel ;
  - *b.* Traitement instrumental ;
  - *c.* Traitement opératoire.
    - 1° Réduction ;
    - 2° Hystérectomie.

B. — *Inversion apuerpérale ou polypeuse :*
Traitement opératoire seul admissible.

A. — INVERSION PUERPÉRALE

1° RÉCENTE

La femme vient d'accoucher; elle est, avant ou après la délivrance, prise d'une hémorrhagie qui nécessite une intervention urgente; l'examen révèle comme cause de l'hémorrhagie une inversion utérine. Les palliatifs tels que l'ergot de seigle, les injections chaudes, le tamponnement vaginal ne sauraient suffire, l'indication unique est la réduction de l'utérus et dans les cas récents elle est toujours possible.

Pour l'opérer, la main gauche étant appliquée sur l'hypogastre afin de maintenir le moignon utérin, la droite est introduite dans le vagin et repousse l'utérus inversé, en agissant de préférence dans la région supposée d'une des cornes utérines. On sent l'organe céder sous la pression des doigts, se retourner et reprendre sa conformation normale; quand la réduction est terminée, la main se trouve dans la cavité utérine.

La difficulté n'est pas de réduire l'utérus, mais de le maintenir réduit; à cet effet, on administre du seigle ergoté, et si son action est insuffisante, on a recours sans tarder au tamponnement intra-utérin avec de la gaze iodoformée ou simplement aseptique. Le tamponnement sera laissé douze heures en place.

2° ANCIENNE

Si l'inversion est ancienne, l'utérus a subi une involution plus ou moins marquée, le col s'est rétracté, emprisonnant et fixant l'utérus dans sa position vicieuse; la réduction devient beaucoup plus difficile, parfois impossible. On devra essayer successivement la réduction *manuelle*, puis *instrumentale*, et au besoin avoir recours à une opération.

a. Traitement manuel. — Les doigts devront exercer un véritable *taxis* sur l'organe inversé, de même que sur une hernie. Les deux mains sont nécessaires pour ce traitement et ont d'ailleurs un rôle essentiellement distinct. La main gauche maintient l'utérus, la droite le repousse ou inversement.

Les doigts de la main gauche sont appliqués sur la paroi abdo-

minale qu'ils dépriment, de manière à l'appliquer sur le moignon utérin. Dans certains cas, on a avantage (Courty) à introduire un

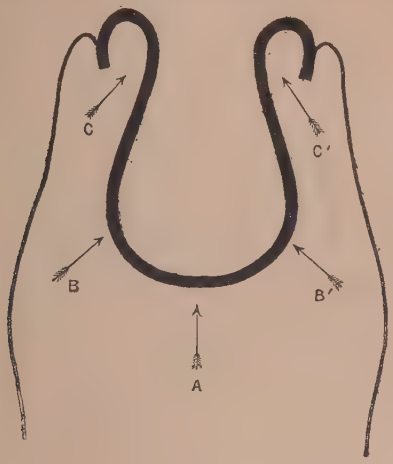


Fig. 371. — Taxis de l'utérus inversé.
A, central. — B, latéral. — C, périphérique.

ou deux doigts dans le rectum, pour aller accrocher l'orifice péri-

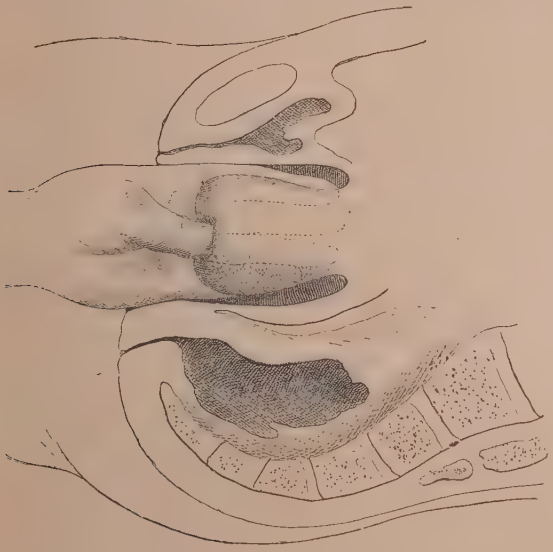


Fig. 372. — Taxis central.

tonéal de l'utérus inversé, qu'on peut maintenir de la sorte avec beaucoup de solidité.

Fig. 373. — Taxis latéral.

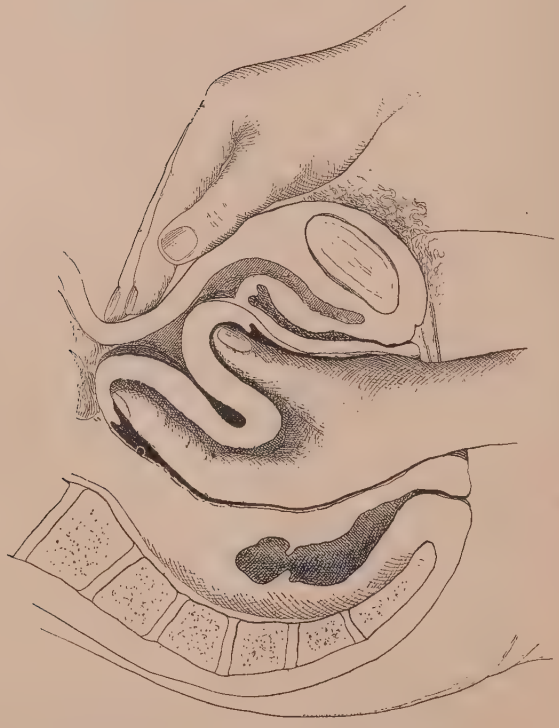


Fig. 374. — Taxis périphérique (Emmet).

La main droite ou gauche sera, suivant la complaisance des parties molles, introduite partiellement ou totalement dans le vagin. La saisie utérine variera suivant le mode de taxis qu'on veut exercer. Le taxis peut être *central*, *latéral* ou *périphérique*.

Central, quand on appuie sur le fond même de l'utérus vers sa partie médiane (flèche A, fig. 371 et fig. 372).

Latéral quand la pression est exercée au niveau de l'une ou l'autre corne utérine (flèches B et B′, fig. 371 et fig. 373).

Périphérique, quand on comprime l'utérus au voisinage de la partie réfléchie (flèches C et C′, fig. 371 et fig. 374).

La figure 372 indique la manière de faire le taxis central, la figure 373 le taxis latéral, et la figure 374 le taxis périphérique.

b. Si le taxis n'a pas réussi, on pourra tenter la *réduction instrumentale*.

Différents instruments ont été préconisés dans ce but; je ne les mentionnerai pas, car leur usage est à déconseiller.

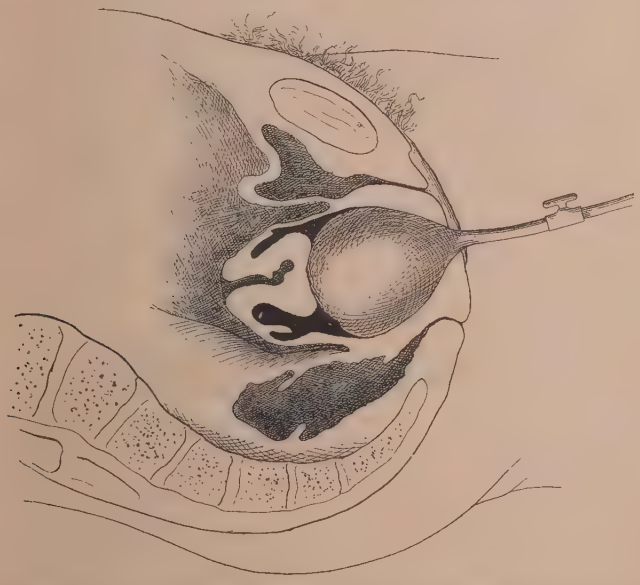


Fig. 375. — Pessaire à air gonflé dans le vagin pour réduire l'utérus inversé (Denucé).

Le seul appareil qui ait ici quelque valeur est le pessaire à air de Gariel, qu'on gonfle dans le vagin après l'y avoir introduit (fig. 375). La pression douce de cette sphère en caoutchouc sera susceptible,

dans certains cas, d'amener la réduction graduelle de l'utérus. On fera bien d'appliquer un bandage comprimant la vulve, de manière à éviter la sortie de l'appareil.

Le tamponnement vaginal à la gaze iodoformée ou simple, renouvelé toutes les vingt-quatre heures, pourrait, dans certains cas, remplacer avantageusement le pessaire Gariel.

Quand les différents moyens qui précèdent auront échoué, il faudra recourir à une opération, à moins que la femme ne préfère, par pusillanimité, conserver son inversion avec les troubles douloureux et les hémorrhagies qui en sont la conséquence. Dans cette dernière occurrence on devra se borner aux palliatifs, *calmants* habituels et *hémostatiques* (ergot de seigle, eau chaude en injection).

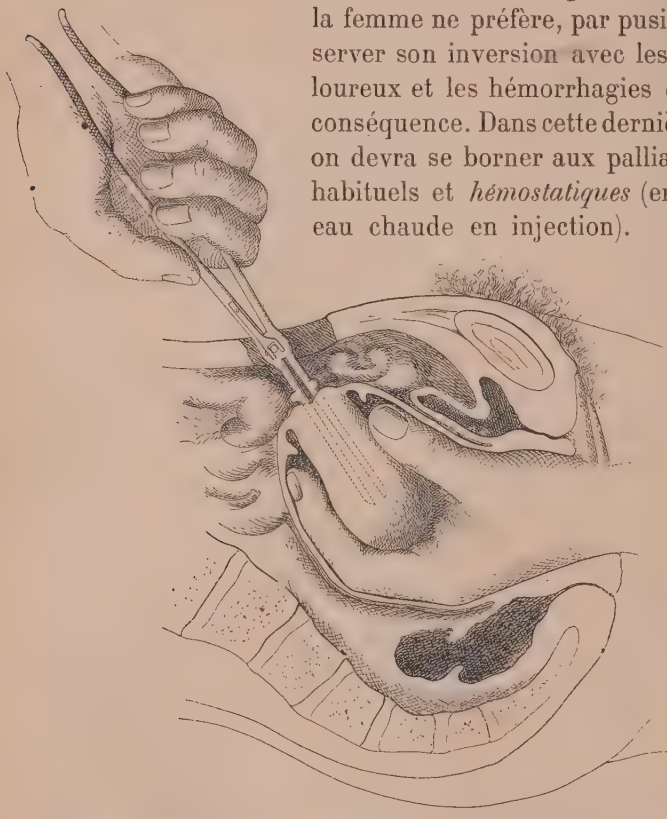


Fig. 376. — Dilatation intra-péritonéale de l'utérus inversé, pour en permettre la réduction (G. Thomas).

c. L'opération est acceptée, quelle sera-t-elle? L'une sera *réductrice*, l'autre *énucléatrice*.

L'*opération réductrice*, conseillée par Gaillard Thomas, consiste à faire la laparotomie et à distendre à l'aide d'une pince l'anneau uté-

rin (fig. 376), de manière à faciliter la réduction, qu'on opère ensuite par le vagin en pratiquant le taxis. Cette opération, théoriquement bonne, a été exécutée deux fois par G. Thomas, une des malades est mortes ; il est donc difficile de se prononcer à cet égard. Toutefois, comme elle a sur l'opération suivante l'avantage de ne pas mutiler la femme, elle vaut la peine d'être encore essayée.

Brown a conseillé une opération analogue, à laquelle il manque également la consécration de l'expérience ; elle consiste à faire par le vagin une incision sur le fond de l'utérus pénétrant jusqu'au péritoine ; par cette voie on introduit une pince analogue à celle de G. Thomas et qui va exercer la même action sur l'anneau utérin ; après quoi on opère la réduction.

L'*opération énucléatrice* consiste à enlever partie ou totalité de l'utérus.

L'ablation générale de l'utérus a été conseillée avec l'écraseur, le serre-nœud, le fil élastique, le bistouri ; je n'insisterai pas sur ces divers procédés, abandonnés aujourd'hui pour l'hystérectomie totale, qui est devenue une opération courante, et qui est bien préférable aux opérations partielles qu'on pratiquait autrefois.

L'hystérectomie totale, qui sera naturellement faite par la voie vaginale, sera exécutée d'après les principes indiqués à l'étude de cette opération (voir *Cancer de l'utérus*) ; l'inversion n'amène que des modifications insignifiantes au manuel opératoire, modifications que le chirurgien devine aisément sans qu'il soit utile de les mentionner ici.

B. — INVERSION APUERPÉRALE OU POLYPEUSE

L'inversion est produite par une tumeur fibreuse qui, dans sa descente a entraîné le fond de l'utérus. Pour guérir cet état pathologique, qui est *double*, il ne suffit pas, comme précédemment, de réduire l'utérus, qui ne tarderait pas à retomber si on laissait subsister la cause, mais il faut aussi enlever le fibrôme.

A cet effet, une opération est indispensable, et on profitera de la même séance opératoire pour extirper le fibrôme et réduire l'inversion.

Comment ?

Si le fibrôme est franchement pédiculé, on sectionne le pédicule

sur lequel on appliquera une ligature, après quoi on redresse l'utérus par un des procédés précédemment décrits.

Si le fibrôme est sessile, on tentera de l'énucléer de sa coque utérine, puis l'hémostase étant faite à l'aide de ligatures ou du thermocautère, on procédera à la réduction de l'utérus.

Si, enfin, il existe plusieurs fibrômes utérins, sauf exceptions il vaudra mieux procéder à l'hystérectomie vaginale totale, seule opération qui donne ici la chance d'une cure durable.

En résumé :

A. — *Inversion puerpérale :*

1° Récente.

Réduisez manuellement.

2° Ancienne ;

Réduisez : soit manuellement, — soit avec un pessaire Gariel ou le tamponnement vaginal, — soit en tentant l'opération de G. Thomas ;

Si la réduction est impossible, pratiquez l'hystérectomie vaginale totale.

B. — *Inversion apuerpérale ou polypeuse :*

Enlevez le fibrôme, si possible, puis réduisez l'utérus ; sinon enlevez tout l'utérus avec sa ou ses tumeurs.

CHAPITRE VIII

HÉMORRHAGIES PÉRI-UTÉRINES

HÉMATOCÈLE — GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE HÉMORRHAGIES INTRA-PÉRITONÉALES

SOMMAIRE

Généralités.

I. *Hémorrhagie résultant d'une grossesse extra-utérine.*

1. Période latente. Grossesse tubaire.
2. Période de rupture de 3 à 20 semaines.

A. Rupture intra-péritonéale.

1. Rupture complète.
2. — incomplète . { Placenta supérieur. / — latéro-inférieur.

a. Evolut. sans accidents.
b. Evolut. avec accidents.

B. Rupture extra-péritonéale.

1. Hématocèle. . . . . { Résorption. / Suppuration.
2. Grossesse évoluant. { Rupture secondaire. / Mort et lithopédion. / Complications, suppuration.

II. *Hémorrhagie d'origine non puerpérale.*

1. *Intra-péritonéale.* . { 1. Traumatisme opératoire. / 2. Varices. / 3. Apoplexie ovarienne.
2. *Extra-péritonéale* { 4. Reflux tubaire. / 5. Pachypéritonite.

Diagnostic et traitement.

7 cas à envisager.

1. Grossesse extra-utérine évoluant normalement.
2. Kyste fœtal mort.
3. Hémorrhagie intra-péritonéale (sans hématocèle).
4. Hématocèle intra ou extra-péritonéale.
5. Rupture secondaire du kyste fœtal.
6. Péritonite.
7. Suppuration localisée.

HÉMORRHAGIES PÉRI-UTÉRINES

HÉMATOCÈLE — GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE HÉMORRHAGIES INTRA-PÉRITONÉALES

Qu'un vaisseau se rompe dans les environs de l'utérus, une hémorrhagie plus ou moins considérable en sera le résultat.

Si le sang s'épanche dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, il ne tarde pas à se coaguler formant une tumeur sanguine, *hématocèle* (αιμα sang, κηλη tumeur), accident qui présente une grande analogie avec le thrombus qu'on peut observer au moment de l'accouchement.

Si le sang s'écoule dans le péritoine, il peut également se coaguler et former une tumeur semblable, mais le plus souvent il reste liquide, et l'hémorrhagie ne s'arrête qu'avec la mort de la femme ou après une intervention chirurgicale.

Ce simple aperçu nous laisse entrevoir des aspects cliniques très variés, dont nous allons suivre les détails en étudiant successivement en deux chapitres distincts :

1° *Les hémorrhagies qui résultent d'une grossesse extra-utérine*, classe de beaucoup la plus importante à cause de leur plus grande fréquence.

2° *Les hémorrhagies d'origine non puerpérale*, se produisant sans existence de fécondation.

I

HÉMORRHAGIE RÉSULTANT D'UNE GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE[1]

Le spermatozoïde, je n'en suppose qu'un pour simplifier la description, bien qu'il y en ait des milliers parmi lesquels un seul sera élu, le spermatozoïde déposé par le coït au niveau du col utérin,

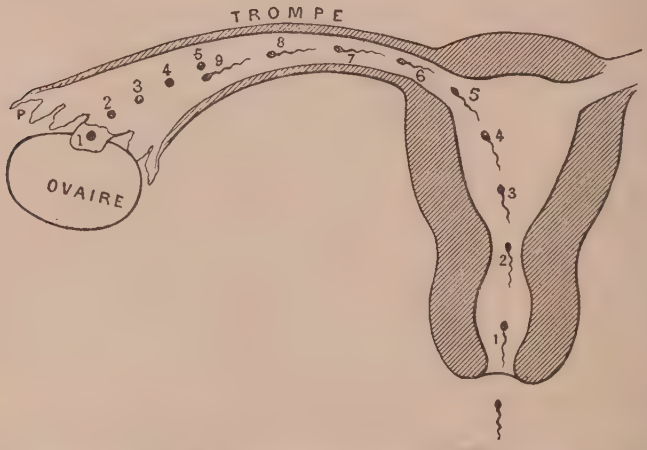


Fig. 377. — Rendez-vous de l'ovule et du spermatozoïde au tiers externe de la trompe.

fait son ascension à travers la cavité utérine et la trompe, allant au-devant de l'ovule, qui suit une direction inverse. La rencontre a en général lieu dans le tiers externe de la trompe (fig. 377); là se produit le mariage cellulaire de l'ovule et du spermatozoïde, c'est-à-dire la fécondation.

L'ovule fécondé suit la voie tubaire jusqu'à la cavité utérine et se fixe :

Soit 6, au fond de l'utérus (fig. 378) ;
Soit 7, sur la paroi latérale (fig. 378) ;
Soit 8, au voisinage de l'orifice interne (fig. 378).

[1] J'étudierai ici non seulement les hémorrhagies, qui résultent du développement extra-utérin de l'œuf, mais toute la grossesse extra-utérine, examinant à propos de chaque cas particulier la conduite à tenir.

L'insertion placentaire correspond au point d'implantation de l'ovule et se trouve en conséquence (fig. 378) :

Polaire supérieure en 6,
Equatoriale en 7,
Polaire inférieure ou prævia en 8.

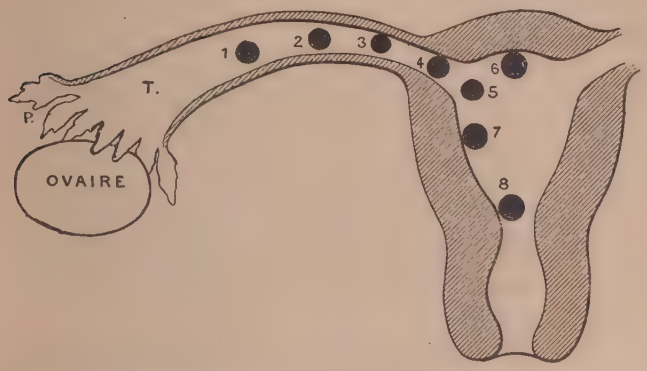


Fig. 378. — Acheminement vers l'utérus de l'ovule fécondé et fixation de cet ovule dans l'utérus.

Mais si l'ovule fécondé est arrêté dans sa marche vers l'utérus, il va se fixer dans la trompe même et s'y développer; *la grossesse extra-utérine ou ectopique* se trouve ainsi constituée.

On a admis différentes variétés de grossesse extra-utérine.

1° *Grossesse ovarienne*, où l'ovule serait fécondé dans la vésicule de de Graaf même et s'y développerait. Son existence n'est pas prouvée; les cas qu'on a décrits comme tels sont probablement des cas de grossesse extra-utérine siégeant dans la partie externe de la trompe au voisinage de l'ovaire, qui se trouve ainsi accolé à l'œuf.

2° *Grossesse abdominale*, où l'ovule fécondé tomberait dans le péritoine et s'y développerait; il semble actuellement prouvé que cette variété, dont l'existence est réelle, n'est jamais primitive mais secondaire, c'est-à-dire que l'œuf ne pénètre dans le péritoine qu'après s'être préalablement accru pendant un certain temps dans la trompe.

3° La *grossesse tubaire* est actuellement à peu près seule admise comme variété initiale. L'ovule fécondé peut se développer :

1. Soit dans la partie externe de la trompe;
2. — moyenne;
3. — interne;
4. Soit dans la portion utérine de la trompe.

La multiplication de ces divisions est inutile, et il suffit de distinguer :

a. La grossesse tubaire proprement dite (fig. 379).

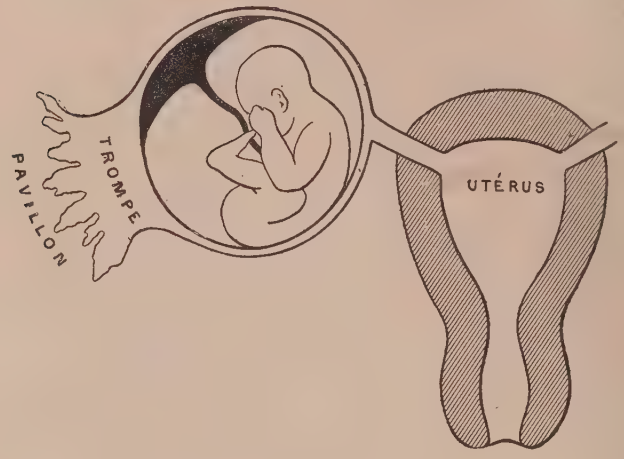


Fig. 379. — Grossesse tubaire proprement dite.

b. La grossesse interstitielle (fig. 380).

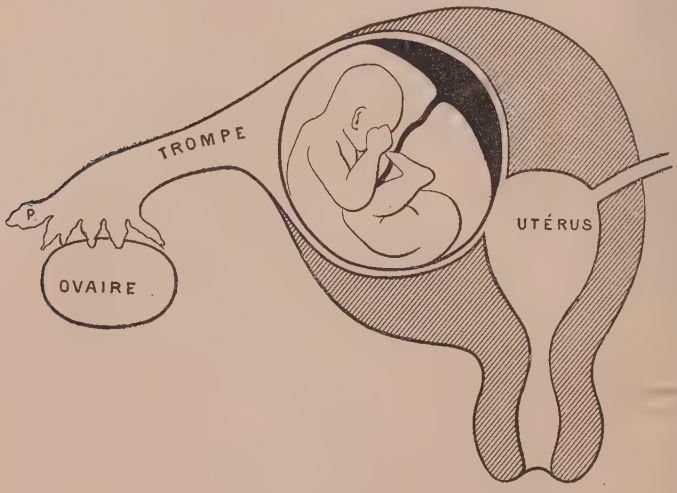


Fig. 380. — Grossesse interstitielle.

La première variété est de beaucoup la plus fréquente et constitue la règle. C'est elle que j'aurai en vue dans la description qui va

suivre, me réservant de dire quelques mots en terminant de la grossesse interstitielle.

La grossesse extra-utérine sera produite par toute cause susceptible d'altérer la surface de la trompe (inflammation détruisant l'épithélium à cils vibratiles) ou de diminuer son calibre soit par influence intra-pariétale (catarrhe dont les déchets obstruent le canal tubaire), soit pariétale (rétrécissement), soit extra-pariétale (brides péritonéales, tumeur de voisinage, malformation de la trompe).

L'œuf au début se développe sans trop de difficulté dans la trompe, qui, grâce à son hypertrophie et à son extensibilité, se prête à l'accroissement ovulaire. La muqueuse tubaire subit des modifications analogues à celles de la muqueuse utérine sous l'influence de la grossesse normale pour permettre l'insertion et la formation du placenta.

Le placenta peut être inséré sur la partie supérieure, latérale antérieure ou postérieure, enfin sur la partie inférieure de la trompe; la variété d'insertion, ainsi que nous le verrons plus tard, a une importance capitale, dans la marche ultérieure de la grossesse.

Pendant les premiers temps de la grossesse extra-utérine, les symptômes généraux sont analogues à ceux d'une grossesse normale : modifications de l'appétit, nausées, vomissements, syncopes. Augmentation de volume des seins, pigmentation de l'aréole; picotement des mamelons.

Localement les règles sont supprimées, toutefois il est fréquent de voir survenir des *hémorrhagies utérines*, qui sont prises pour les règles, et qui souvent éloignent à tort l'idée d'une grossesse. — La femme éprouve dans le bas ventre des *douleurs* plus ou moins vives, dues sans doute à la dilatation de la trompe gravide, et à un certain degré d'inflammation péritonéale qui se produit tout autour.

Douleurs et *hémorrhagies* sont les deux symptômes les plus importants.

L'*examen local* est rarement pratiqué pendant les premières semaines; la femme ne prête en effet que peu d'attention aux troubles récents de son système génital et ne demande pas d'assistance médicale. Théoriquement on devrait trouver dans l'un des culs-de-sac latéraux ou dans le cul-de-sac postérieur une tumeur analogue à celle formée par un pyosalpinx, mais je le répète cette constatation est en pratique très rarement faite.

Après cette première période de silence relatif, *qui dure de* 3 *à*

20 *semaines*, rarement davantage, survient la RUPTURE de la tumeur, rupture qui est :

Soit *complète* c'est-à-dire atteignant les parois tubaires et les enveloppes de l'œuf; alors l'œuf est ouvert et son contenu évacué.

Soit *incomplète*, la paroi tubaire est seule déchirée, tandis que les enveloppes de l'œuf restent intactes permettant ainsi, si les autres conditions sont favorables, la continuation de la grossesse.

Cette rupture se fait tantôt brusquement avec fracas symptomatique, tantôt au contraire lentement et silencieusement, de telle sorte qu'elle passe à peu près inaperçue, et que la grossesse extra-utérine semble évoluer sans accidents.

Mais la trompe se rompt toujours, car, à un certain moment, elle devient incapable de suivre l'œuf dans son développement.

La rupture est :

Tantôt *intra-péritonéale;*
Tantôt *extra-péritonéale.*

Nous allons étudier en détail ces deux variétés, dont l'aspect clinique est totalement différent.

A. — RUPTURE INTRA-PÉRITONÉALE

La rupture intra-péritonéale peut être *complète* ou *incomplète :*

1. **Rupture complète.** — Le placenta étant inséré sur la paroi infé-

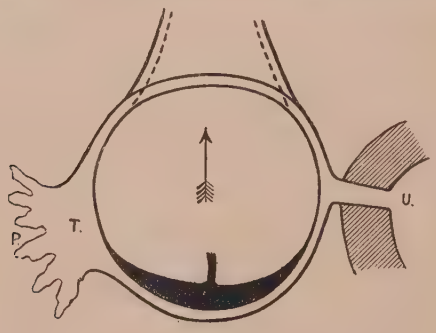


Fig. 381. — Rupture complète intra-péritonéale.
U, utérus, T, trompe, P, pavillon. La flèche indique le sens de la rupture

rieure de la trompe ou à son voisinage, la paroi supérieure de la trompe et les membranes ovulaires cèdent à la pression du liquide

amniotique et se rompent simultanément. Le liquide amniotique et l'embryon s'échappent dans la cavité péritonéale avec une quantité variable de sang, résultant de la rupture même, quautité d'habitude peu considérable. Le tout s'accumule dans le cul-de-sac de Douglas et se trouve enkysté dans des fausses membranes inflammatoires. La pelvi-péritonite qui en résulte se résout en général progressivement, mais peut par exception suppurer.

La marche et les symptômes sont ceux de la pelvi-péritonite ordinaire; l'origine seule est ici spéciale. Beaucoup de pelvi-péritonites d'origine mal déterminées doivent dépendre de cette cause.

2. Rupture incomplète. — La rupture incomplète donne des résultats absolument opposés suivant le siège de l'insertion placentaire.

Premier cas. — *Le placenta est inséré sur la paroi supérieure* à l'endroit même où a lieu la rupture de la paroi tubaire (fig. 382).

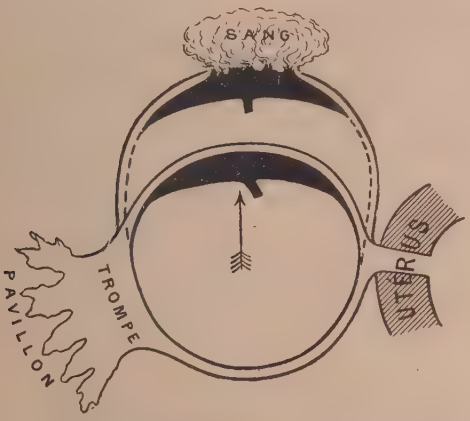


Fig. 382. — Rupture incomplète, avec insertion supérieure du placenta.

Par le fait même de la grande vascularité des tissus à ce niveau, il se produit une hémorrhagie abondante qui envahit la cavité péritonéale.

Si la source du sang ne se tarit pas spontanément ou sous l'influence d'une intervention chirurgicale, l'hémorrhagie devient assez promptement mortelle; d'après Lawson-Tait il en serait toujours ainsi en pareil cas.

Mais on admet en général qu'une hémostase spontanée peut se faire au niveau de la rupture, et que le sang épanché dans la cavité péritonéale se coagulant forme une tumeur solide, une *hématocèle*. Bien que Lawson-Tait nie la possibilité de cette coagulation, car le

sang doit rester liquide dans le péritoine sain, les cas de ce genre, quoique plus rares qu'on ne l'admettait autrefois, semblent cependant exister; la coagulation se produit soit par le fait de la réaction inflammatoire du péritoine, soit parce que cette séreuse était préalablement altérée par une inflammation antérieure. D'ailleurs les chirurgiens qui ont pratiqué la laparotomie en cas d'hémorrhagie intra-péritonéale ont souvent rencontré des caillots de sang, preuve que

Fig. 383. — Hématocèle intra-péritonéale.

la coagulation est possible; l'existence de l'hématocèle intra-péritonéale ne saurait donc être niée.

Quand une rupture semblable se produit, la femme éprouve en général une violente douleur dans le ventre, bientôt suivie de tendance au refroidissement, lipothymies, syncopes, gonflement abdominal, mort imminente, et mort réelle quand l'hémorrhagie ne s'arrête pas.

Si au contraire l'hémorrhagie s'arrête, et si la tumeur sanguine peut se constituer, l'utérus est englobé dans un volumineux caillot sanguin (fig. 383), dont la dureté va croissant. L'utérus est immobile; les culs-de-sac antérieur et postérieur comblés par une tumeur dure,

donnent un peu la sensation de plâtre qu'on aurait coulé dans le péritoine pelvien. Par la palpation abdominale, on sent la même tumeur remontant plus ou moins haut au-dessus de la symphyse pubienne, et refoulant en haut les anses intestinales qui, par leur agglutination, forment la paroi supérieure de l'épanchement.

A l'affaissement du début succède même en l'absence de suppuration un certain degré de fièvre.

La vessie est comprimée et la miction rendue difficile ; il en est de même de la défécation sous l'influence de la compression rectale.

Fig. 384. — Flèches indiquant les différentes voies, par lesquelles peut se faire la rupture de l'hématocèle intra-péritonéale suppurée.

La *terminaison* a lieu soit par *résorption graduelle*, la tumeur s'indure de plus en plus en se recroquevillant sur elle-même (cette résorption met plusieurs semaines à se faire) ; soit par *suppuration*, la fièvre devient plus vive, le pus se mélange au sang et la collection purulo-sanguine ainsi formée, à laquelle le contenu de l'œuf secondairement rompu vient se mêler, se fait jour par des voies diverses, schématiquement indiquées par la figure 384, c'est-à-dire soit par le rectum, soit par le vagin, soit par l'utérus, soit par la vessie, soit enfin par la paroi abdominale, latéralement au voisinage du

pli de l'aine ou sur la ligne médiane au niveau de la symphyse pubienne ou de l'ombilic.

Second cas. — Le placenta est inséré sur la paroi inférieure ou sur les parois latérales de la trompe.

L'ampliation de l'œuf se faisant dans la direction de la paroi supérieure, cette paroi s'amincira de plus en plus, et cédant enfin à la pression incessante et progressive du contenu ovulaire,

Fig. 385. — Rupture incomplète avec insertion inférieure ou latérale du placenta.

U, utérus, T, trompe, P, pavillon.

elle finira par se rompre, comme la paroi d'un ballon qu'on veut distendre d'une trop grande quantité d'air. Mais les enveloppes de l'œuf plus extensibles restent intactes et font hernie à travers l'ouverture tubaire. A partir de ce moment l'œuf implanté dans la trompe continue son développement dans la cavité péritonéale, de même que la plante qui a germé en terre se développe dans l'air après avoir percé l'écorce terrestre.

Nous venons d'assister à la transformation de la grossesse *tubaire*, en grossesse *abdominale*, ou mieux *tubo-abdominale*.

Les enveloppes ovulaires se trouvent au contact des anses intestinales, qui, s'enflammant à ce voisinage, fournissent à l'œuf un rempart de fausses membranes et lui constituent une enveloppe protectrice. Cette péritonite péri-ovulaire est une des sources principales des douleurs éprouvées par les femmes atteintes de grossesse ectopique.

Après cette rupture incomplète la grossesse extra-utérine évolue :

a. Tantôt sans accidents;

b. Tantôt avec accidents.

a. *Evolution sans accidents.* — Symptômes généraux de grossesse. Localement sur le côté droit ou gauche, ou en arrière de l'utérus, le kyste fœtal est perceptible par la palpation abdominale et le toucher vaginal.

Par la palpation deux signes de certitude comme dans la grossesse normale : ballottement, palpation des mouvements fœtaux. Par l'auscultation également deux signes de certitude : audition des mouvements fœtaux, bruits du cœur fœtal.

Par le toucher on peut, quand le fœtus est facilement accessible, percevoir le ballottement comme dans une grossesse utérine.

Vers le terme de la grossesse avant ou après la mort de l'enfant, surviennent des contractions utérines douloureuses avec expulsion de caduque et de sang. Ce *pseudo* ou *faux travail* dure de quelques heures à quelques jours. Les douleurs calmées, la période de rétention commence.

Si l'enfant n'a pas succombé avant le terme normal de la grossesse, la mort ne se fait guère attendre après la fin du neuvième mois. A partir de ce moment il se macère, se momifie, parfois subit une véritable infiltration de sels calcaires qui le transforme en lithopœdion (λιθος pierre, παιδιον enfant). La période de rétention de ce fœtus ainsi modifiée peut durer longtemps, jusqu'à 57 ans (Kuchenmeister).

Les caractères du kyste fœtal ainsi modifié diffèrent beaucoup de ceux observés pendant la vie de l'enfant; ce kyste arrive à former une masse solide, présentant une certaine analogie avec un kyste multiloculaire de l'ovaire, et dans lequel la palpation combinée ou non avec le toucher ne révèle plus aucune partie fœtale.

b. *Evolution avec accidents.* — Les accidents qui peuvent survenir sont :

1° *La rupture secondaire du kyste fœtal*, secondaire parce qu'elle se fait un temps variable, après la première rupture tubaire qui avait permis la transformation de la grossesse tubaire en tubo-abdominale. Le fœtus et le liquide amniotique passent dans la cavité péritonéale. S'il n'y a pas d'intervention chirurgicale, une hémorrhagie interne ou une péritonite amènent la mort de la malade.

Des phénomènes de péritonite grave, voire même mortels peuvent aussi se déclarer à une période quelconque sans rupture du kyste.

2° *La suppuration du kyste fœtal.* Cette suppuration se produit

après la mort de l'enfant, après une ponction exploratrice ou sans cause appréciable. L'abcès grandit, devient volumineux, englobe le fœtus et ses annexes dont il amène la dissociation, et se fait jour au dehors par diverses voies, analogues à celles étudiées pour l'hématocèle suppurée (voir p. 381) entraînant au dehors les débris du fœtus. Dans quelques cas la rupture a lieu dans le péritoine ; il en résulte une péritonite promptement mortelle.

B. — RUPTURE EXTRA-PÉRITONÉALE

La rupture extra-péritonéale survient de trois à vingt semaines, à la même époque que l'intra-péritonéale. Le mécanisme est analogue dans les deux cas, le siège diffère seul. Dans l'intra-péritonéale, l'ouverture du kyste établit une communication directe avec la séreuse de l'abdomen ; dans l'extra-péritonéale, la communication est créée avec le tissu cellulaire du ligament large ; cavité séreuse dans le premier cas, cavité cellulaire dans le second. On entrevoit déjà les divergences cliniques, qui vont se produire dans ces deux catégories de cas.

La rupture extra-péritonéale se termine : 1° soit par une *hématocèle ;* 2° soit quand l'œuf est resté intact par la *continuation de la grossesse ectopique.*

1. **Hématocèle extra-péritonéale.** — Le sang, en pénétrant dans le ligament large, remplit et distend toute la trame cellulaire, comme il le ferait au contact d'une éponge. Toutefois, grâce à la pression sanguine produite par la rupture vasculaire, ce n'est pas une simple imbibition de ce tissu cellulaire, mais une véritable distension, de telle sorte que le sang, après avoir gonflé tout le ligament large correspondant au côté rompu, envahit inférieurement le tissu cellulaire qui double l'aponévrose pelvienne, et se répand par son intermédiaire vers la vessie, vers le trou obturateur, en arrière vers le rectum et l'échancrure sciatique. Enfin, passant sous le vagin et décollant en arrière du vagin et de l'utérus le péritoine dans une étendue variable, le sang peut envahir le ligament large du côté opposé, de telle sorte qu'unilatérale en principe, l'hématocèle devient bilatérale par son développement, mais avec prédominance du côté originel.

Sur une coupe antéro-postérieure du bassin, on trouve une accumulation de sang ayant soulevé le péritoine et rejeté l'utérus en avant et latéralement (fig. 386). On voit à cet égard la différence avec l'hématocèle intra-péritonéale (fig. 383) où l'utérus est coiffé par le

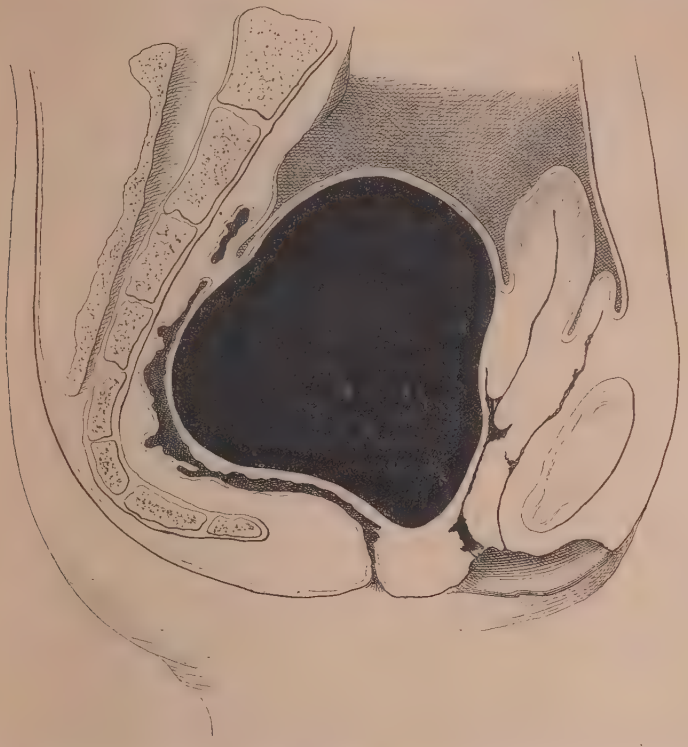


Fig. 386. — Hématocèle extra-péritonéale. (L'utérus est représenté sur la ligne médiane pour rendre la figure plus intelligible, mais il se trouve en réalité repoussé latéralement.)

caillot sanguin comme d'un bonnet phrygien, tandis qu'ici l'utérus est chassé de sa position normale, mais conserve tout son fond libre.

Sur une coupe transverso-horizontale, on trouve la tumeur disposée ainsi que l'indique la figure 387. Le rectum est comprimé en arrière, l'utérus est chassé en avant et latéralement.

Le déplacement de l'utérus est donc un des signes différentiels de l'hématocèle extra-péritonéale et de l'intra-péritonéale, car, dans cette dernière, il conserve sa situation à peu près normale.

Les *symptômes* de l'hématocèle extra-péritonéale présentent une analogie assez marquée avec ceux de l'intra-péritonéale. Mêmes

douleurs vives au début, mêmes symptômes d'hémorrhagie interne, mais relativement très atténués.

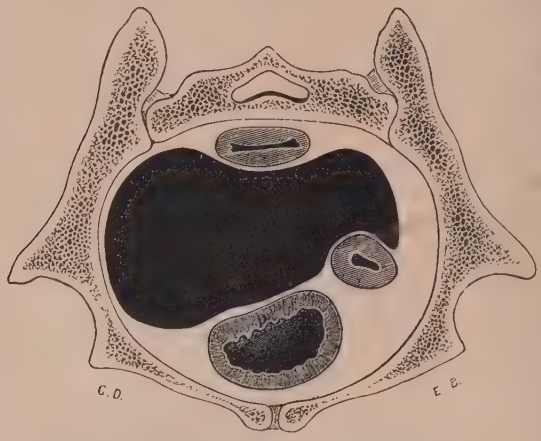


Fig. 387. — Coupe horizontale de l'excavation pelvienne en cas d'hématocèle extra-péritonéale.

Au toucher, une tumeur volumineuse dure, immobile, enserrant l'utérus comme une énorme virgule, dont la partie renflée corres-

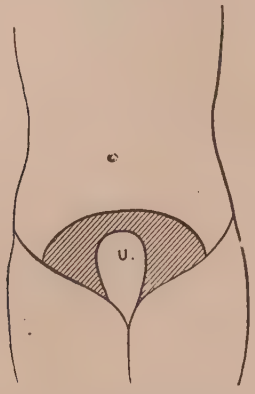


Fig. 388. — Hématocèle intra-péritonéale (U. utérus médian).

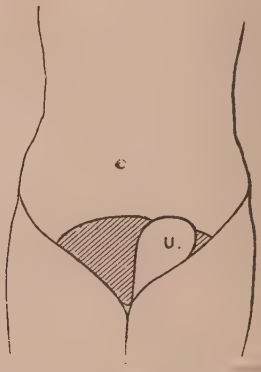


Fig. 389. — Hématocèle extra-péritonéale (U. utérus latéral).

pond au ligament large primitivement atteint, et la partie terminale au ligament large du côté opposé. L'utérus est chassé vers l'arc antérieur du pelvis, le fond aplati contre la paroi abdominale, on le

sent facilement en combinant la palpation à l'exploration vaginale. — Par le rectum, la tumeur est facilement et largement accessible.

Fièvre modérée, due sans doute à un certain degré de réaction inflammatoire tout autour de la tumeur.

Même marche que pour l'hématocèle intra-péritonéale, tantôt et généralement avec résolution graduelle, tantôt par suppuration avec possibilité d'ouverture variable (voir fig. 384).

2. Continuation de la grossesse ectopique. — Le placenta étant inséré sur la paroi latérale ou supérieure de la trompe, et l'œuf étant resté intact, la grossesse continue son cours après la rupture de la

Fig. 390. — Rupture secondaire d'une grossesse ectopique intra-péritonéo-pelvienne.

trompe au niveau du ligament large. L'œuf fait à travers la rupture tubaire une hernie progressive dans le tissu cellulaire pelvien, se créant, par refoulement, un emplacement qui croît régulièrement.

La cavité du tissu cellulaire est telle que la grossesse peut ainsi évoluer jusqu'à son terme normal (grossesse ectopique intra-péritonéo-pelvienne). La marche et les symptômes sont analogues à ceux qui ont été étudiés dans la rupture incomplète intra-péritonéale.

Quand un accident survient, fait plus rare que dans la variété précédente, c'est (fig. 390), la rupture *secondaire* de l'œuf dans le

péritoine au niveau de la paroi tubaire, ou d'un autre point voisin du péritoine. Le fœtus et le liquide amniotique s'échappent alors dans le péritoine, donnant lieu aux accidents déjà étudiés.

La terminaison par macération, lithopédisiation, suppuration, s'observent également ici.

II

HÉMORRHAGIE D'ORIGINE NON PUERPÉRALE

Les hémorrhagies périutérines, qui se font en dehors de la puerpéralité, c'est-à-dire de la grossesse extra-utérine, sont relativement rares, soit, pour donner un chiffre approximatif, une sur vingt.

De même que les puerpérales, elles peuvent être soit extra-péritonéales dans le tissu-cellulaire pelvien, soit intra-péritonéales et, dans ce dernier cas, quand elles ne causent pas la mort par leur abondance même, elles deviennent l'origine d'une hématocèle intra-péritonéale.

Les différentes causes susceptibles d'amener ces hémorrhagies sont les suivantes :

1. **Traumatisme opératoire.** — A la suite d'une opération sur les annexes de l'utérus, pratiquée soit par l'abdomen, soit par le vagin, un vaisseau peut avoir été déchiré, ou une ligature avoir cédé, de telle sorte que le sang s'épanche suivant le siège du vaisseau en question, tantôt dans le péritoine (hémorrhagie ou hématocèle intra-péritonéale), tantôt dans le tissu cellulaire du ligament large (hétamocèle extra-péritonéale). Ces hétamocèles sont loin d'être rares : Lawson Tait, par exemple, dit en avoir observé au moins une cinquantaine dans sa pratique personnelle.

Les symptômes sont analogues à ceux mentionnés dans les hémorrhagies d'origine puerpérale, avec la notion de l'opération en plus. Inutile d'y revenir ici.

2. **Varices.** — Les varices du ligament large, dont l'origine habituelle est le développement d'une grossesse physiologique, peuvent se rompre soit très exceptionnellement à la surface du péritoine (hémorrhagie intra-péritonéale), soit dans le tissu cellulaire (hémor-

rhagie extra-péritonéale). Elles sont donc susceptibles de devenir la cause des deux variétés d'hématocèles déjà étudiées.

3. **Apoplexie ovarienne.** — L'ovaire normal, ou pathologique (ovarite, dégénérescence microkystique), pourrait, au moment des règles, devenir la source d'un écoulement sanguin assez abondant pour constituer une hématocèle intra-péritonéale. Cette origine n'est pas prouvée d'une façon indiscutable.

4. **Reflux tubaire.** — Quand le sang des règles, qui a pour origine l'ovaire, la trompe et l'utérus, trouve au niveau des trompes ou de l'utérus un obstacle à sa sortie, le reflux de ce liquide peut se faire dans le péritoine, et causer une hématocèle intra-péritonéale. Cette théorie, très en faveur il y a quelques années, ne doit être acceptée qu'avec une certaine réserve.

5. **Pachy-péritonite.** — De même qu'une pachy-méningite arrive à causer une hémorrhagie méningée, de même, d'après Dolbeau et Virchow, la fausse membrane résultant d'une péritonite localisée (pachy-péritonite) pourrait être la source d'hémorrhagie péritonéale, et, par conséquent, d'hématocèle. Cette pathogénie, qui semble exacte, n'est justifiée que pour un nombre restreint de cas.

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT

DE LA GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE ET DES HÉMORRHAGIES PÉRI-UTÉRINES

Sept cas différents peuvent se présenter en clinique, très dissemblables comme diagnostic et comme conduite à tenir :

Premier cas. — Grossesse extra-utérine évoluant normalement.

Deuxième cas. — Kyste fœtal mort.

Troisième cas. — Hémorrhagie intra-péritonéale (sans hématocèle, c'est-à-dire sans coagulation du sang).

Quatrième cas. — Hématocèle intra ou extra-péritonéale

Cinquième cas. — Rupture secondaire du kyste fœtal.

Sixième cas. — Péritonite.

Septième cas. — Suppuration localisée.

Examinons en détail chacun de ces différents cas

1. — Grossesse extra-utérine évoluant normalement.

Le diagnostic se présente sous un aspect tout différent dans la première et la seconde moitié de la grossesse.

Première moitié de la grossesse.

Le gonflement des seins, le pigmentation de l'aréole, les troubles digestifs, parfois la suspension des règles (bien que la plupart du temps des hémorrhagies génitales fassent croire à de simples irrégularités menstruelles), mettront sur la voie d'une grossesse possible. La femme le plus souvent ne croira pas être enceinte, mais demandera des conseils médicaux pour les douleurs plus ou moins vives qu'elle éprouve dans le bas ventre. L'examen local fera constater à côté de l'utérus dévié et augmenté de volume une tumeur grosse comme une mandarine, le poing, une tête de fœtus ou davantage, vaguement fluctuante et dont le contenu est difficile à percevoir. Parfois la tumeur est accolée à l'utérus, de telle sorte que la délimitation est impossible.

Un fibrôme utérin, kystique ou ramolli, un pyosalpinx ou hydrosalpinx, une tumeur de l'ovaire, peuvent présenter une grande analogie avec la tumeur en question, constituée par la grossesse extra-utérine; les antécédents, les signes rationnels de grossesse permettront de soupçonner le diagnostic; le plus souvent, les doutes ne seront levés que par l'intervention chirurgicale.

En pareil cas, en effet, c'est-à-dire avec une tumeur qu'on soupçonne être une grossesse extra-utérine, l'intervention s'impose. Il faut, après le cathétérisme utérin, pratiquer la laparotomie et enlever la tumeur, comme s'il s'agissait d'un pyosalpinx. S'il y a erreur de diagnostic, l'intervention aura pour effet l'ablation de la tumeur sur la nature de laquelle on s'est mépris; si, au contraire, le diagnostic de grossesse extra-utérine est vérifié, on évite à la femme tous les dangers d'une grossesse ectopique et souvent la mort.

Je n'aborde pas le manuel opératoire, qui est le même que pour l'ablation par la laparotomie d'une salpingite suppurée. S'il se présente des difficultés pour l'ablation du kyste fœtal en bloc, on se comportera comme nous allons l'indiquer pour la seconde moitié de la grossesse.

Deuxième moitié de la grossesse.

La grossesse n'est plus douteuse, les signes de certitude ont apparu (ballottement, mouvements fœtaux, bruits du cœur fœtal), mais la difficulté est de savoir si la grossesse est intra ou extra-utérine et cependant il importe de poser le diagnostic aussi promptement que possible, car en cas de grossesse extra-utérine l'intervention doit être immédiate, afin de soustraire la femme au péril d'une mort rapide par rupture. En dehors des symptômes qui pourraient faire supposer la grossesse ectopique (douleurs locales, hémorrhagies utérines, expulsion de débris de caduque), c'est le toucher combiné au palper qui permettra de poser le diagnostic en montrant la séparation entre l'utérus et le kyste fœtal. Mais on n'arrivera à un diagnostic certain qu'avec l'emploi de l'hystéromètre, ou mieux du toucher intra-utérin avec dilatation préalable du col.

Le diagnostic de grossesse extra-utérine étant posé, il faut intervenir.

Deux voies se présentent à l'opérateur :

Le *vagin* (*élytrotomie*),
La *paroi abdominale* (*laparotomie*).

L'élytrotomie[1], conseillée dans les cas où le fœtus est facilement accessible dans le vagin, consiste à ouvrir au bistouri la partie du vagin correspondant au kyste fœtal et à terminer l'accouchement par cette voie artificielle, comme on le ferait à travers l'orifice utérin. Cette intervention, facile et sans dangers quand il ne survient pas d'accidents, laisse au contraire l'opérateur désarmé quand il se produit, immédiatement une hémorrhagie abondante, ou au bout de quelques jours des accidents septicémiques. Aussi la laparotomie est-elle de beaucoup préférable et c'est à elle qu'on doit en général avoir recours.

TECHNIQUE DE LA LAPAROTOMIE POUR GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE

1° *Ouverture de la paroi abdominale* sur la ligne médiane comme pour une ovariotomie

2° *Ouverture du sac fœtal* avec le bistouri, en prenant une double précaution : la première d'éviter le placenta en pratiquant la sec-

[1] Ελυτρον, vagin.

tion, la seconde d'empêcher l'écoulement du liquide amniotique dans le péritoine.

3° *Extraction du fœtus* avec les mains en le saisissant par la partie qui se présente à l'ouverture du kyste. Ligature immédiate du cordon. L'enfant est de suite confié à une personne, qui doit lui donner les premiers soins et le ranimer en cas de mort apparente.

4° L'opération peut ensuite être terminée de trois façons différentes : *a*. En extirpant tout le sac (fig. 391). — *b*. En enlevant le placenta sans le sac (fig. 392). — *c*. En laissant le placenta et le sac (fig. 393 et 394).

a. Extirpation du sac (fig. 391). — Cette extirpation doit être faite toutes les fois qu'elle est possible ; avec elle, en effet, l'opération est plus complète et plus sûre. Pour qu'elle soit exécutable, il faut qu'on puisse *constituer un pédicule*. Kyste et placenta seront attirés au dehors ; le pédicule constitué sera, suivant son volume, lié en une deux ou trois parties distinctes et laissé libre dans la cavité abdominale comme le pédicule d'un kyste ovarien. — Mais il sera d'ordinaire plus prudent d'avoir recours au plan qui suit :

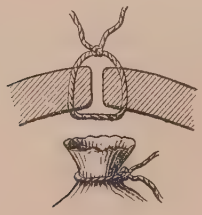


Fig. 391. — Extirpation du sac Formation d'un pédicule.

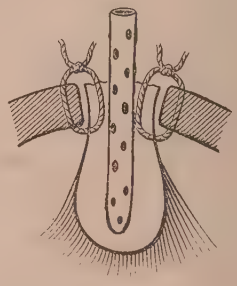


Fig. 392. — Extirpation du placenta. Drainage de la cavité persistante.

b. Extirpation du placenta en laissant le sac (fig. 392). — Le placenta ayant été décollé et enlevé avec la main, si une hémorrhagie tend à se produire, on la combattra par le tamponnement avec la gaze iodoformée ; puis les parois du sac, sectionnées au niveau de la paroi abdominale, seront fixées à cette paroi à l'aide d'une suture continue ou de sutures interrompues. Quand la gaze iodoformée sera retirée, on la remplacera par un gros drain, dont l'extrémité sortira par l'orifice abdominal.

c. Non-ablation du placenta et du sac. — Lorsque le placenta, par la solidité de son adhérence, n'est pas énucléable, ou quand on craint que son détachement ne produise une hémorrhagie dangereuse, on le laisse en place, et en pareil cas deux conduites peuvent être tenues à l'égard du sac :

Ou bien (fig. 393), les parois du sac seront comme tout à l'heure fixées à la paroi abdominale et la cavité drainée.

Ou bien (fig. 394), comme l'a proposé Negri, on liera les parois du sac sur le placenta et on abandonnera le tout dans la cavité abdomi-

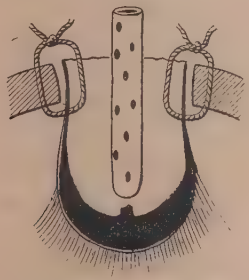


Fig. 393. — Non ablation du placenta. Drainage de la cavité ovulaire.

Fig. 394. — Placenta lié et abandonné dans la cavité abdominale.

nale, en fermant complètement la plaie de l'abdomen. Ce mode opératoire n'a chance de succès qu'avec une antisepsie absolument rigoureuse; le moindre microbe amène la putréfaction du placenta et la suppuration consécutive. Aussi est-il prudent, en pareil cas, d'imiter la conduite de Martin, qui fait communiquer la cavité du sac avec celle du vagin au moyen d'un drain. Ce drain constitue la soupape de sûreté qui permet d'éviter les dangers de la suppuration.

Pansement et conduite ultérieure comme après une ovariotomie. En cas de drainage, faire journellement des lavages abondants dans la cavité du sac fœtal.

2. — Kyste fœtal mort.

Le diagnostic du kyste fœtal mort ne sera pas difficile à faire, si le diagnostic de grossesse extra-utérine a été posé depuis un certain temps; les signes de la mort de l'enfant, analogues à ceux qui existent dans une grossesse utérine, lèveront rapidement les doutes. Mais le plus souvent, la femme viendra consulter pour une tumeur abdominale dont on ignore la nature. Les antécédents permettront

quelquefois de soupçonner l'existence d'une grossesse, mais les renseignements fournis par la femme ne doivent être acceptés qu'avec beaucoup de méfiance. Lawson-Tait[1] rapporte à cet égard l'observation très instructive d'une femme qui, atteinte d'un double kyste de l'ovaire, ainsi que le démontra l'opération, faisait l'histoire exacte d'une grossesse qu'elle aurait eue trois ans avant, avec mouvements nets de l'enfant, faux travail, enfin tout le tableau exact d'une gestation extra-utérine.

Le diagnostic sera relativement aisé si la mort de l'enfant est récente, car le palper combiné au toucher permet encore de distinguer les parties fœtales; mais si la mort est ancienne, le diagnostic en dehors des antécédents, sera des plus difficiles avec un kyste ovarien. La méprise est d'ailleurs d'importance secondaire, car le traitement diffère peu dans l'un et l'autre cas.

Si l'enfant est mort depuis longtemps, six mois ou un an, si le kyste est de petit volume, et ne cause aucun accident, l'expectation est conseillée par quelques auteurs, mais on tend maintenant, prévoyant toujours la possibilité d'accidents (péritonite par rupture du kyste ou par suppuration) à préférer l'intervention, et les bons résultats de l'opération en pareil cas rendront les opérateurs de plus en plus hardis.

Mais l'hésitation ne sera pas permise si la mort de l'enfant est récente, la présence de cette tumeur fœtale constitue un danger constant pour la femme qui, exposée à la rupture du kyste, peut succomber par hémorrhagie ou par péritonite, ou avoir un abcès s'ouvrant en un point variable et l'exposant à tous les ennuis d'une longue suppuration. Ces dangers sont moindres, il est vrai, que pendant la vie du fœtus, mais ils sont suffisants pour rendre l'intervention nécessaire ou au moins prudente.

L'ablation du kyste fœtal mort sera faite de la façon indiquée tout à l'heure pendant la vie de l'enfant.

3. — Hémorrhagie intra-péritonéale (sans hématocèle).

Si une femme, à la suite d'une douleur abdominale plus ou moins vive, présente de l'affaiblissement, bientôt des syncopes, refroidissement des extrémités, accélération considérable du pouls, distension

[1] Diseases of women, I, p. 499.

de l'abdomen, en un mot, tous les symptômes d'une hémorrhagie interne grave, quels que soient les antécédents de cette femme le diagnostic d'hémorrhagie intra-péritonéale s'impose ; la cause habituelle en est la rupture d'une grossesse extra-utérine.

Si par l'examen de cette femme on ne trouve aucune trace d'hématocèle, si, en d'autres termes, le sang n'est pas coagulé dans le petit bassin et ne constitue pas une tumeur nettement appréciable, l'intervention doit être faite immédiatement.

Attendre, c'est livrer la patiente à la mort.

L'intervention consiste à faire la laparotomie, à évacuer tout le sang rencontré dans le péritoine, et à trouver, même au prix des plus laborieuses recherches le point hémorrhagipare, sur lequel on appliquera une ou plusieurs ligatures, en pratiquant l'extirpation du kyste fœtal s'il existe encore à l'état de tumeur. Le péritoine est ensuite soigneusement lavé, la plaie abdominale refermée, enfin la femme, réchauffée et remontée à l'aide de piqûres d'éther ou par la compression des membres inférieurs.

4. — Hématocèle intra ou extra-péritonéale.

La tumeur formée par la coagulation du sang dans le petit bassin ne peut guère être confondue avec un kyste de l'ovaire ou un fibrôme utérin, cas où la tumeur est plus ou moins mobile et nettement limitée. Je ne fais également que mentionner la rétroversion de l'utérus gravide. La confusion sera surtout facile avec la *pelvi-péritonite* en cas d'*hématocèle intra-péritonéale*, et avec le *phlegmon des ligaments larges* en cas d'*hématocèle extra-péritonéale*.

Pelvi-péritonite et hématocèle intra-péritonéale. — Symptômes communs : tumeur occupant le cul-de-sac postérieur du péritoine, et immobilisant l'utérus. — Signes distinctifs : début brusque, fièvre modérée, symptômes d'hémorrhagie interne, tumeur beaucoup plus dure et volumineuse dans l'hématocèle. La résolution est la règle dans l'hématocèle et au contraire la suppuration fréquente dans la pelvi-péritonite.

Phlegmon des ligaments larges et hématocèle extra-péritonéale. — Symptômes communs : Tumeur occupant surtout un des ligaments larges, passant en arrière de l'utérus pour envahir plus ou moins le ligament large du côté opposé ; utérus repoussé en avant et latéralement, et immobilisé dans cette situation. — Signes distinctifs : début

brusque, fièvre modérée, tumeur plus dure dans l'hématocèle, mêmes différences que précédemment.

Pour compléter le diagnostic, il importera de distinguer l'*hématocèle extra-péritonéale de l'intra-péritonéale*.

Intra-péritonéale : tumeur symétrique, occupant surtout le cul-de-sac postérieur, utérus immobilisé mais peu dévié de sa situation normale.

Extra-péritonéale : tumeur surtout unilatérale, utérus immobilisé mais repoussé en avant et latéralement.

Inutile d'ailleurs d'insister sur ce dernier diagnostic différentiel plus important en théorie qu'en pratique, car le traitement est le même dans les deux cas.

La base du traitement est l'expectation. — Dix-neuf hématocèles sur vingt environ guérissent spontanément par le simple repos au lit.

Le traitement ne doit être actif qu'en cas de suppuration. Cette complication est reconnue à l'intensité de la fièvre, à la fluctuation de la tumeur qui succède à sa dureté primitive. Le pus doit alors être évacué à l'aide du bistouri au point de la tumeur qui est le plus fluctuant et superficiel, le plus souvent au niveau du vagin. Après l'ouverture grand lavage et drainage. Le traitement ultérieur est le même que celui d'un abcès.

5. — Rupture secondaire du kyste fœtal.

Par rupture secondaire on entend, ainsi qu'il a été dit, celle qui survient à une époque avancée de la grossesse et qui livre passage au fœtus dans la cavité abdominale ; elle est distincte de la rupture primitive, où la trompe par sa solution de continuité tantôt donne naissance à l'hémorrhagie, tantôt permet l'évolution ultérieure de la grossesse extra-utérine, qui se transforme en variété abdominale ou en sous-péritonéo-pelvienne.

Cette rupture secondaire s'accompagne d'une brusque douleur dans l'abdomen, suivie quelquefois de la sensation d'un déplacement fœtal accentué ; de graves symptômes de péritonite, d'hémorrhagie interne, ou simplement de choc ne tardent pas à mettre la vie de la femme en danger. Quelquefois cependant les accidents sont relativement bénins, le fœtus succombe et séjourne comme un simple corps étranger dans la cavité péritonéale.

La laparotomie s'impose en pareil cas, elle sera faite d'urgence en suivant la conduite tracée à propos de la grossesse extra-utérine avec kyste fœtal vivant.

6. — Péritonite.

Dans le cas actuel la péritonite peut survenir, tantôt à la suite de la rupture de la grossesse extra-utérine, tantôt par simple inflammation du kyste fœtal se propageant à la séreuse voisine, tantôt par l'inflammation et la suppuration de l'hématocèle dont le contenu est versé dans le péritoine.

La péritonite se reconnaîtra à ses symptômes habituels : douleur, ballonnement croissant, constipation, fièvre, nausées et vomissements, dyspnée, facies péritonéal.

Le meilleur traitement en pareil cas consiste à faire la laparotomie pour traiter la cause même des accidents. La simple expectation avec médication palliative, si elle a pu réussir en quelques cas, expose la femme à tous les dangers que comporte l'aggravation de la péritonite, et si on attend trop longtemps la laparotomie sera impuissante à amener la guérison désirée.

En pratiquant la laparotomie il ne faudra pas se borner à traiter la cause (grossesse extra-utérine, hématocèle), mais on devra également laver largement le péritoine, afin d'aider son retour à l'état normal.

7. — Suppuration localisée.

La suppuration locale survient dans les mêmes circonstances que la péritonite, qui n'est autre qu'une inflammation généralisée à toute la séreuse.

Elle se fera soit autour du kyste fœtal intact ou rompu, soit au niveau d'une hématocèle, soit après rupture secondaire de l'œuf.

Elle s'annonce par la fièvre, les phénomènes de tuméfaction locale, et enfin par la fluctuation qu'on arrivera à percevoir en un point de la sphère génitale variable suivant le siège même de l'abcès.

La suppuration reconnue, on doit s'efforcer de lui ouvrir une libre voie au dehors soit par l'incision abdominale, soit par l'élytrotomie; on la traitera comme les autres abcès du système génital.

CHAPITRE IX

TUMEURS GÉNITALES

SOMMAIRE

Généralités.

I. *Tumeurs malignes.*
a. *Utérus.* — Cancer. 1
Anatomie pathologique.
Symptômes et diagnostic.
Traitement.
b. *Trompe.* — Cancer. 2
c. *Ovaire.* — Cancer. 3
d. *Ligament large.* — Cancer. 4

II. *Tumeurs bénignes à grand développement.*
a. *Utérus.* . . . . . Tumeurs puerpérales 5
Fibrômes. 6
b. *Ovaires.* . . . . . Kystes géants. 7

III. *Tumeurs bénignes à petit développement.*
a. *Utérus.*
Tumeurs fluides . . Physométrie 8
Hydrométrie 9
Hématométrie 10
Kystes hydatiques. 11
Tumeurs solides . . Polypes muqueux 12
b. *Trompe.*
Tumeurs liquides . Hydrosalpinx 13
Hématosalpinx 14
Pyosalpinx 15
Tumeurs solides . . Papillome 16
c. *Ovaire.*
Tumeurs liquides . Kystes nains (Dég. scléro-kystique) . 17
Tumeurs solides . . Fibrômes. 18
d. *Ligaments ronds.*
Tumeurs liquides . Hydrocèles 19
Tumeurs solides . . Fibrômes. 20
e. *Ligaments larges.*
Tumeurs liquides . Echinocoques 21
Varicocèle 22
Tumeurs solides . . Fibrômes. 23
Lipômes 25

TUMEURS GÉNITALES

Les tumeurs de la vulve et du vagin ayant déjà été étudiées, il nous reste à connaître celles de l'*utérus*, des *trompes*, des *ovaires*, des *ligaments ronds* et enfin des *ligaments larges*.

Par *tumeur*, disent Littré et Robin, on entend « toute éminence circonscrite d'un certain volume, développée dans une partie quelconque du corps ». Un phlegmon circonscrit est donc une tumeur, au même titre qu'un fibrome ou un kyste, mais nous éliminerons de notre cadre toutes les tumeurs aiguës ou inflammatoires pour nous borner à l'étude exclusive des tumeurs à évolution chronique, ne s'accompagnant que rarement d'accidents fébriles.

La division des tumeurs en *bénignes* et *malignes* est classique, et son importance clinique n'est pas moindre pour le système génital que dans toute autre région.

La tumeur est *bénigne* quand, dans son évolution locale, elle reste limitée, et quand, après ablation, elle ne récidive pas.

La tumeur *maligne* a, au contraire, une marche envahissante, infectant petit à petit tout l'organisme, et récidive le plus souvent après l'intervention chirurgicale.

Comme l'indique le sommaire, nous étudierons d'abord les tumeurs malignes, puis les tumeurs bénignes, en distinguant et séparant celles qui sont susceptibles d'un grand développement de celles qui restent forcément petites.

Le diagnostic différentiel se déduira des signes indiqués pour chaque variété de tumeur sans qu'un chapitre spécial lui soit réservé.

Le traitement suivra la description de chaque tumeur.

1. — CANCER DE L'UTÉRUS

Cancer, à l'heure actuelle, est redevenu synonyme de tumeur maligne et comprend l'épithélioma, le carcinôme, le sarcôme.

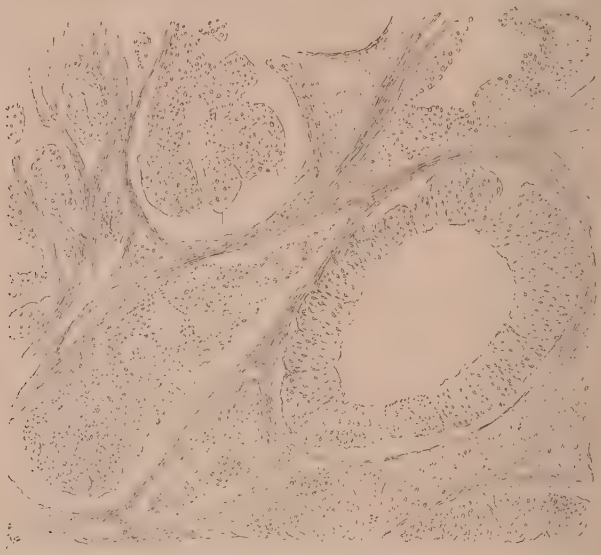


Fig. 395. — Epithélioma du corps de l'utérus (Cornil).

L'*épithélioma* (fig. 395) est caractérisé par des lobules de cellules épithéliales englobées dans un stroma fibreux ou embryonnaire. Ces

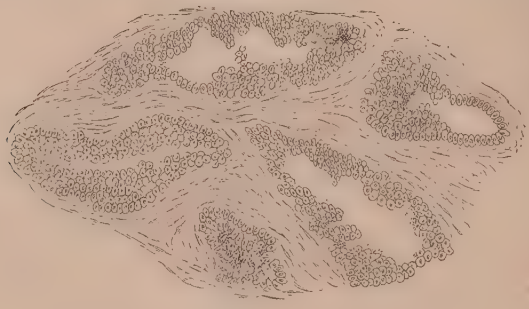


Fig. 396. — Carcinome utérin (Ruge et Veit).

cellules conservent le type qu'elles avaient sur la muqueuse atteinte et peuvent être soit *pavimenteuses* (épithélioma pavimenteux), soit *cylindriques* (épithélioma cylindrique).

Le *carcinôme* (fig. 396), encore dénommé adénôme malin, est constitué par des néoformations épithéliales n'ayant pas de différenciation nette, et prenant les formes les plus variables ; elles sont englobées comme l'épithélioma dans un stroma fibreux ou embryonnaire. Les amas de cellules épithéliales de type uniforme dans l'épithélioma

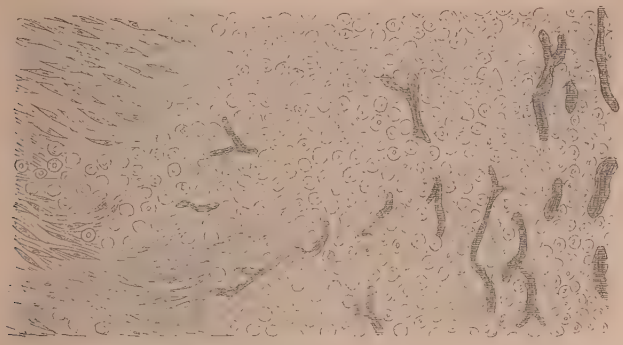


Fig. 397. — Sarcôme diffus de la muqueuse utérine (Wyder).

sont au contraire ici de formes variées et constituent le caractère différentiel principal.

Dans le *sarcôme* (fig. 397), on trouve du tissu embryonnaire pur ou en voie d'évolution vers un tissu adulte.

Ces trois formes de cancer (épithélioma, carcinôme, sarcôme) peuvent s'observer au niveau du corps et du col de l'utérus, le sarcôme toutefois est plus fréquent au niveau du corps. L'examen histologique est souvent seul capable de décider la forme dont il s'agit.

Laissant de côté cette base histologique, nous nous appuierons, dans la description de ces tumeurs, sur leur évolution clinique, la seule qui nous permette d'en faire une étude réellement pratique et à l'abri des fluctuations doctrinales de la pathologie générale.

D'après ces principes, examinons successivement l'anatomie pathologique, les symptômes et diagnostic, et enfin le traitement de ces tumeurs.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Le cancer utérin a une évolution clinique essentiellement différente suivant qu'il débute par le corps ou par le col.

Chacun d'eux peut prendre deux formes distinctes :

Cancer du col :
Forme ulcéreuse 1
Forme végétante 2
Cancer du corps :
Forme insidieuse 3
Forme exubérante 4

Sur dix cancers utérins, il en est neuf du col et un du corps ; le cancer primitif du corps est donc relativement rare.

1. Cancer végétant du col. — Au début, une petite nodosité, une simple végétation sur le museau de tanche. La végétation grandit,

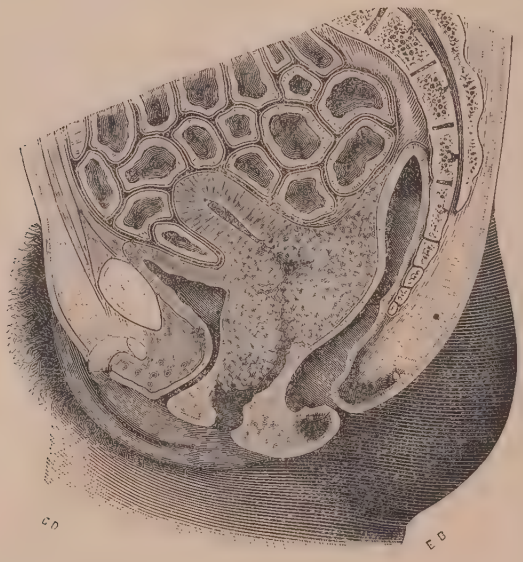


Fig. 398. — Cancer végétant du col avec envahissement de la paroi vaginale (Schrœder).

d'autres se développent autour d'elle. Ces végétations arrivent à former un véritable *chou-fleur* qui remplace le col utérin et remplit plus ou moins le vagin (fig. 398).

Cette forme végétante a peu de tendance à envahir les tissus en profondeur, elle est toute en surface, aussi est-elle favorable à la thérapeutique chirurgicale ; ce n'est qu'après un temps assez long, deux ou trois ans, qu'elle se propage vers la profondeur comme nous allons le voir pour la forme ulcéreuse.

2. Cancer ulcéreux du col. — Au commencement, on ne voit qu'une petite ulcération indurée, d'aspect insignifiant, au voisinage

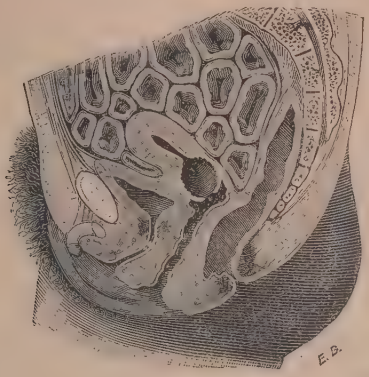


Fig. 399. — Cancer ulcéreux intra-cervical (Schrœder).

de l'orifice externe. L'ulcération s'étale, se creuse, fait le tour du col et envahit petit à petit la cavité cervicale (fig. 399).

Cette forme ulcéreuse, essentiellement destructive des tissus,

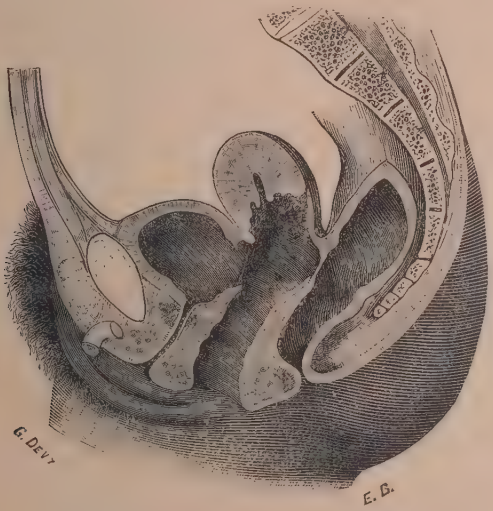


Fig. 400. — Cancer ulcéreux du col (de Sinéty).

peut, ainsi que l'indique la figure 400, ronger le col, le faire en quelque sorte disparaître de la superficie vers la profondeur.

L'action destructive, au lieu de s'exercer en masse comme précé-

demment, peut ramper tout le long de la muqueuse (fig. 401), envahir ainsi toute la cavité utérine, et de là suivre une marche excentrique

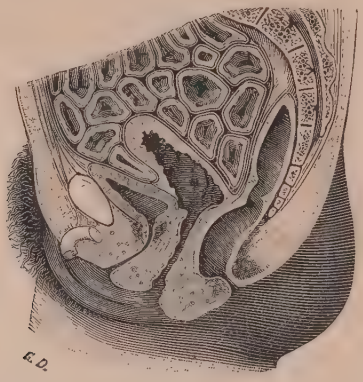


Fig. 401. — Cancer ulcéreux de la cavité utérine (Schrœder).

en dévorant progressivement la paroi utérine jusqu'à son revêtement péritonéal.

Dans cette action destructive, les organes voisins sont nécessaire-

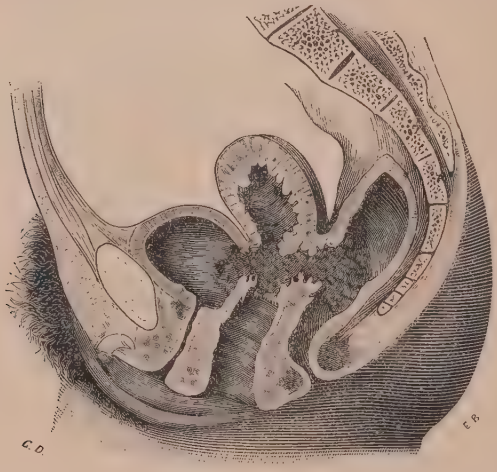


Fig. 402. — Cancer utérin compliqué de fistules vésicale et rectale (Courty).

ment atteints à un moment donné, d'où la création de fistules vésico-utérines, recto-utérines (fig. 402).

Tous les organes en continuité ou contiguïté avec l'utérus peuvent être envahis, tels le vagin, la vessie, l'urètre, le rectum, le péritoine,

les trompes, les ovaires, les ligaments larges, les ganglions pelviens, voire même les ganglions lombaires.

3° Cancer insidieux du corps. — Le cancer du corps est insidieux, quand il ne s'accompagne que d'une faible augmentation du volume utérin ; au début, il ne provoque que des troubles modérés, de telle sorte qu'on est porté à croire à une affection bénigne de l'utérus. Cette forme est bien différente de l'*exubérante* qui va être étudiée

Fig. 403. — Cancer utérin limité (sarcôme) (Schrœder).

Fig. 404. — Cancer localisé du corps utérin (J.-Y. Simpson).

tout à l'heure et dans laquelle le rapide développement de l'utérus et ses dimensions énormes révèlent promptement la gravité du mal.

Ce cancer insidieux est tantôt *limité*, *localisé*, tantôt *diffus*.

Limité, il revêt assez bien l'aspect macroscopique d'un fibrôme, dont parfois il n'est que la transformation.

Les figures 403 et 404 sont deux exemples de cette forme, l'une un sarcôme, l'autre un carcinôme,

Afin qu'on se rende bien compte de l'analogie macroscopique que peuvent donner deux variétés histologiquement différentes, à côté de la forme localisée, j'ai indiqué la forme diffuse, où toute la muqueuse du corps utérin et une épaisseur variable du muscle sous-jacent sont envahies par le processus néoplasique (fig. 405).

Comme pour le cancer du col, il y a tantôt tendance à l'ulcération, tantôt à la végétation. — La forme ulcéreuse exerce une action destructive sur la muqueuse, puis sur le muscle ; la forme végé-

Fig. 405. — Cancer diffus de l'utérus (Ruge et Veit).

tante donne lieu à ces tumeurs limitées représentées par les figures 403 et 404.

La tumeur est tantôt franchement cancéreuse au début, tantôt elle succède à une tumeur bénigne telle qu'un fibrôme, qu'il soit interstitiel sous-muqueux ou sous-séreux.

L'envahissement du col, des organes et tissus voisins, se fait comme dans le cancer du col précédemment étudié.

4. Cancer exubérant du corps. — L'utérus se développe rapidement, presque aussi vite que sous l'influence d'une grossesse, sorte de *grossesse cancéreuse*.

La cavité utérine atteint 15 centimètres de profondeur et même davantage.

L'utérus arrive à peser 18,20 kilogrammes (fig. 406).

La tumeur est constituée — tantôt par du tissu cancéreux (ordinairement sarcôme) uniformément réparti dans toute la paroi utérine et ne tardant pas à envahir le col, de telle sorte que tout l'utérus ne forme plus qu'un *bloc cancéreux*, — tantôt ce tissu est parsemé de véritables kystes ou de pseudo-kystes, ces derniers n'étant en

réalité que le résultat du ramollissement néoplasique dans un espace limité.

La tumeur reste ordinairement confinée à l'utérus, car, entraînant

Fig. 406. — Cancer exubérant de l'utérus.

A, indique par comparaison le volume d'un utérus normal. — B, utérus pathologique.

assez rapidement la mort des malades, elle n'a pas le temps d'envahir les organes voisins.

SYMPTÔMES ET DIAGNOSTIC

Les différentes formes de cancer utérin se manifestent par des symptômes communs, qui sont :

la *douleur*,
l'*écoulement*,
les *modifications de* l'*état général*.

C'est par l'*examen local* qu'on arrive à établir leur diagnostic et à distinguer les variétés du néoplasme malin.

Etudions successivement : 1° la douleur ; 2° l'écoulement ; 3° l'état général ; 4° l'examen local.

1° Douleur. — La douleur est nulle au début, fâcheuse condition qui donne une fausse sécurité à la patiente, ne se doutant pas de l'existence de sa maladie.

Le cancer, la plus grave des maladies par sa nature, l'est donc aussi par son allure, car ce n'est que lorsqu'il y a déjà des désordres étendus, parfois irrémédiables, que survient la souffrance donnant, mais souvent trop tard, l'alarme.

La douleur est d'abord celle de la métrite ; les régions lombaire, hypogastrique, les flancs sont douloureux (névralgie lombo-abdominale), irradiation le long des membres inférieurs (trajet des nerfs crural et sciatique).

Ces douleurs deviennent parfois excessivement violentes, intolérables, surtout dans le cancer insidieux du corps. Ce sont alors des crises paroxystiques paraissant tous les jours au même moment, véritable supplice quotidien de quelques heures de durée.

Toutes les fois qu'avec un utérus d'apparence normale, mais donnant lieu à un écoulement pathologique, on voit une malade atteinte de ces crises rebelles à la plupart des traitements, il faut flairer la tumeur maligne.

2° Ecoulement. — Les écoulements génitaux ou *génitorrhée* comprennent diverses variétés :

Hydrorrhée. — Ecoulement de sérosité.

Leucorrhée. — Ecoulement de mucus ou de muco-pus.

Hématorrhée. — Ecoulement sanguin.

Ichorrhée. — Ecoulement d'ichor ou de sanie.

Toutes ces variétés peuvent s'observer avec le cancer utérin.

L'hydrorrhée est rare ; elle existe avec certains cancers insidieux du corps[1] ; la sérosité qui s'écoule est transparente ou roussâtre, parfois accompagnée de petits lambeaux, comparés à de la *raclure de boyaux*, qui ne sont autres que des parcelles détachées de la tumeur cancéreuse.

La leucorrhée est le symptôme banal de toute affection utérine ; elle existe dans le cancer utérin avant l'apparition de l'ichorrhée.

L'hématorrhée n'est pas un des symptômes saillants du néoplasme

[1] Coutzadrida. Thèse Paris, 1884.

utérin. Elle consiste surtout en une prolongation des règles, qui, sans être plus abondantes que d'habitude, traînent en longueur; de petites hémorrhagies se produisent fréquemment dans la période intermenstruelle. Chez les femmes qui ont franchi la ménopause, l'apparition du sang fait croire au retour des règles, et les malades, loin de soupçonner l'affection mortelle qui débute, se croient rajeunies par ce retour apparent vers leur vie génitale. Dans cette terrible affection, tout (absence de douleurs, pseudo-rajeunissement génital) contribue donc à donner aux malades l'illusion de la santé.

L'ichorrhée est un des symptômes caractéristiques du cancer utérin. L'écoulement sanieux est à la fois séro-purulo-sanguinolent, brunâtre ou jaunâtre suivant la quantité de sang qu'il contient. Son odeur est d'une fétidité repoussante, caractéristique; le doigt qui a pratiqué le toucher vaginal en reste, malgré des lavages répétés, imprégné pendant plusieurs heures; la malade répand cette odeur autour d'elle, incommodant les personnes obligées de vivre avec elle; l'odorat d'un médecin exercé sait faire le diagnostic à l'approche même de la patiente. Une odeur semblable peut être dégagée par certaines tumeurs en voie de putréfaction, mais elle dépend presque toujours d'un néoplasme cancéreux, elle est donc quasi pathognomique.

3° Etat général. — Anémie, puis cachexie cancéreuse, avec les symptômes et complications possibles de cet affaiblissement.

La mort a lieu en un, deux, trois ou quatre ans, rarement davantage, soit par le progrès même de la cachexie, soit à la suite d'une phlegmatia alba dolens, d'une complication pulmonaire, de l'urémie, qui résulte parfois de la compression des uretères par le néoplasme.

4° Examen local. — *Toucher. Spéculum. Microscope.*

Toucher. — Le toucher est cliniquement le moyen maître de diagnostic.

Isolé, il permet de reconnaître l'affection cervicale, et combiné au palper abdominal, il met sur la voie du cancer corporéal.

a. Le *cancer végétant* du col est facile à reconnaître, la sensation du chou-fleur intra-vaginal est assez caractéristique pour laisser peu de doutes dans l'esprit; cependant, la confusion a pu être faite avec un placenta retenu et putréfié au niveau de l'orifice externe, avec un polype fibreux intra-vaginal ramolli et subissant la décomposition putride, avec des polypes muqueux formant par leur réunion au

museau de tanche une tumeur inégale. Le placenta et les polypes fibreux sont nettement séparables du col; il en est de même des polypes muqueux, à moins que leur implantation ne se fasse sur le col même, auquel cas la mollesse, l'évolution lente, l'intégrité de l'état général, l'absence d'ichorrhée, et au besoin l'examen d'une parcelle au microscope mettraient sur la voie.

b. Le *cancer ulcéreux* du col est plus difficile à diagnostiquer, surtout au début. La tumeur a quelquefois les allures d'une simple métrite du col, avec laquelle on aura la plus grande peine à établir une distinction. Toutefois, dans le cancer, l'induration est ordinairement plus marquée, la tumeur saigne plus facilement, enfin, comme l'a dit M. Laroyenne :

« *Toutes les fois que, dans une surface suspecte du col ou de la cavité cervicale, on pourra enfoncer l'ongle et ramasser quelques débris de tissus, on est autorisé à affirmer la nature épithéliomateuse de la maladie.* »

L'ulcération, quand elle est franchement constituée, est inégale, dure; ce dernier caractère la distingue d'une ulcération simplement inflammatoire; elle saigne facilement au contact du doigt.

Quand la grossesse survient avec un col cancéreux, elle ramollit toute la portion des tissus non envahie par le néoplasme, de telle sorte que, d'après l'induration, le doigt peut nettement se rendre compte de l'étendue du cancer. La grossesse joue en quelque sorte un rôle révélateur.

Dans les cas douteux, la marche même de l'affection sera d'un heureux secours, le cancer suivant une progression assez régulière, L'âge ne sera qu'un élément secondaire d'appréciation, car le cancer cervical peut se développer pendant toute la vie génitale de la femme de 17 à 70 ans.

Ne pas omettre, s'il est nécessaire, l'emploi du microscope.

c. Dans le *cancer insidieux du corps*, le toucher vaginal combiné à la palpation conduira sur un corps plus mou qu'à l'état normal et ordinairement augmenté de volume dans des limites appréciables. Le toucher intra-utérin, qui nécessite d'habitude, pour pouvoir être pratiqué, la dilatation préalable du col et l'abaissement de l'utérus avec des pinces de Museux, révèle tantôt une tumeur nettement imitée, donnant la sensation d'un fibrôme ramolli, tantôt la présence de masses fongueuses tapissant tout l'intérieur de la cavité utérine. Dans le premier cas, il s'agit d'un cancer limité et la distinction

doit surtout être faite avec un fibrôme ; la plus grande mollesse, la friabilité de la tumeur, l'altération de l'état général plaident pour la malignité ; ne pas omettre l'examen microscopique d'une parcelle détachée de la tumeur. Dans le second cas, on pourrait supposer de l'endométrite fongueuse, mais l'évolution de la maladie et l'examen des parcelles du tissu recueillies par le curage mettront sur la voie du diagnostic.

d. Avec le *cancer exubérant*, le diagnostic devient plus facile. La tumeur pourrait être confondue avec des fibrômes multiples de l'utérus, mais la rapidité même de l'accroissement est pathognomonique de la malignité du néoplasme.

Spéculum. — Le spéculum ne fournira de renseignements que dans les cas de tumeur cervicale. Les végétations feront irruption entre l'écartement des valves, pâles, luisantes, recouvertes de sanie et saignant facilement. La plaie, dans la forme ulcéreuse, se montre livide ou jaunâtre, brunâtre par place, saignant quand on essuie la surface avec du coton, ou quand on la touche avec un instrument.

Microscope. — Une parcelle extraite de la tumeur permet le plus souvent à un œil exercé de porter le diagnostic anatomo-pathologique ; cependant, il est des cas d'adénôme malin (épithéliome) où il est difficile de faire la distinction avec un adénôme simple (Cornil).

TRAITEMENT

Pour le traitement du cancer utérin, le thérapeute est placé dans la triple alternative suivante :

1° Soit expectation :
   a. Narcotiques ;
   b. Pansements désinfectants.
2° Soit intervention palliative :
   a. Caustiques ;
   b. Curage.
3° Soit intervention curative :
   a. Hystérectomie partielle ;
   b. Hystérectomie totale.

1. — Expectation.

L'expectation sera préférable dans le cancer exubérant du corps, et dans les autres formes quand le néoplasme aura franchi les limites de l'utérus pour envahir les alentours.

Dans les cas de cancers exubérants, la seule thérapeutique active

qui ait chance de succès est l'extirpation totale de l'utérus par la laparotomie, opération des plus sérieuses ; dans les quelques cas où elle a réussi, la généralisation du néoplasme, malgré l'ablation de l'organe malade, n'a pas tardé à se produire et à amener la mort. Le néoplasme, dans ces cas à marche rapide, se comporte plutôt comme une maladie générale que comme une maladie locale ; or, la chirurgie n'est réellement efficace que dans les processus locaux ; aussi la non-intervention est-elle préférable.

Quand avec une forme quelconque de cancer les annexes sont envahies, il ne saurait être question d'intervention curative ; les interventions palliatives, conseillées par quelques auteurs dans ce cas sont généralement abandonnées, car leurs résultats sont trop minces pour justifier l'intervention. Mieux vaut se borner aux narcotiques et pansements désinfectants.

a. Narcotiques. — On aura recours aux narcotiques habituels, parmi lesquels le *sulfonal*, l'*hydrate de chloral*, la *morphine*, mériteront la préférence. Calmer jusqu'au dernier moment les souffrances de ces malheureuses vouées à une mort inévitable doit être le but exclusif du médecin. Aux narcotiques généraux on pourra quelquefois associer les locaux ; tel qu'un tampon imbibé d'une solution de cocaïne au $\frac{1}{10}$, placé sur l'ulcération néoplasique

b. Pansements désinfectants. — Les applications locales ont l'inconvénient de nécessiter l'emploi fréquent du spéculum, qui est douloureux chez certaines cancéreuses et amène de petites hémorrhagies. Quand le spéculum est bien supporté, on fera avec avantage des pansements avec de la poudre de salol ou de tannin, et on laissera pendant vingt-quatre heures un tampon d'ouate hydrophile au contact du col. Ces pansements ne conviennent naturellement qu'au cancer du col et plutôt à la forme ulcéreuse qu'à la végétante.

Les injections constituent le meilleur mode de pansement, à la condition d'être faites avec douceur et dextérité, de manière à ne pas provoquer d'hémorrhagie par un traumatisme maladroit. Elles seront pratiquées quotidiennement ou bi-quotidiennement avec l'un des liquides suivants :

1° Liqueur de Labarraque[1], une cuillerée à soupe par litre ;

[1] Formule de la liqueur de Labarraque (Codex français) :

Chlorure de chaux	1
Carbonate de soude cristallisé . .	2
Eau commune.	45

2° Solution :

Acide phénique.	245 grammes.
Glycérine.	245 —
Essence de thym. . . .	10 —

Une cuillerée à soupe par litre ou par deux litres d'eau;

3° Coaltar saponiné, trois cuillerées à soupe par litre d'eau;

4° Vinaigre Pennès, trois cuillerées à soupe par litre d'eau;

5° Infusion de verveine mélangée à partie égale d'eau.

Il sera bon aussi de désinfecter l'air de la pièce par des aérations fréquentes et avec des pulvérisations d'un mélange d'acide phénique et d'essence de thym.

2. — Intervention palliative.

La sécrétion sanieuse que produit le cancer utérin est une des sources de l'affaiblissement et surtout un des symptômes les plus mal tolérés par la malade, à cause de son abondance et de son odeur. La destruction des végétations cancéreuses a pour avantage de la tarir momentanément, et de procurer ainsi, pendant quelque temps une amélioration subjective.

Cette destruction sera indiquée dans la forme végétante du cancer cervical et dans certains cas de cancer insidieux du corps, alors que le processus est encore limité, c'est-à-dire dans les premiers stades de l'affection.

Cette intervention palliative peut être faite, soit avec des caustiques, soit avec des instruments coupants.

Parmi les nombreux caustiques préconisés à cet effet le meilleur est la *pâte de Canquoin*, préparée, comme on le sait, avec une partie de chlorure de zinc et deux de farine de blé ou de seigle. Cette pâte est semi-rigide et peut être placée dans l'utérus sous forme de flèche ou de crayon cylindrique, ainsi que cela a été vu à propos de la métrite. Cette pâte est tantôt appliquée à la surface des végétations cancéreuses, tantôt, quand il s'agit d'une masse en chou-fleur, piquée dans leur intérieur, comme on larde certaines pièces de viande avant de les faire rôtir. Le caustique mortifie les tissus dans l'épaisseur de plusieurs millimètres, et l'escarre en tombant déterge la surface cancéreuse. Ce mode de traitement n'est autre que celui employé avec grand luxe de réclame par certains charlatans prétendant *guérir le cancer sans opération*. Cette méthode, vivement critiquée par certains gynécologues, qui l'accusent d'activer le développement du

néoplasme par l'irritation qu'elle cause, est cependant susceptible de donner, en quelques cas, de bons résultats ; mais, d'une façon générale, on lui préfère l'intervention instrumentale.

Curer, cautériser au thermocautère, tamponner à la gaze iodoformée, tels sont les trois stades de l'intervention chirurgicale palliative. L'anesthésie générale est nécessaire,

Dans le cancer du col, on coupera aux ciseaux les parties exubérantes, et on grattera avec une curette ordinaire toutes les parties friables; il sera bon de curer en même temps la cavité utérine, à cause de l'endométrite concomitante, qui existe habituellement. Les surfaces saignantes seront touchées au thermo-cautère, de manière à pratiquer l'hémostase. L'opération sera terminée par un tamponnement intra-vaginal à la gaze iodoformée. Si quelques vaisseaux importants ont été dilacérés, les saisir avec une pince hémostatique qu'on laissera en place pendant vingt-quatre heures ou les lier au catgut en comprenant dans la ligature une certaine épaisseur du tissu utérin.

Avec un cancer du corps, la dilatation préalable à la laminaire sera nécessaire, afin de permettre l'exploration digitale ; l'intervention, en effet, ne saurait être faite sans ce contrôle, afin que l'opérateur connaisse exactement l'état interne de l'utérus et sache la partie sur laquelle il doit agir. Le curage terminé, on fera une cautérisation, non avec le fer rouge, mais avec de la créosote à $\frac{1}{3}$, comme dans l'endométrite. On complétera par un tamponnement utérin à la gaze iodoformée.

Cette opération, pratiquée avec les précautions et la douceur voulues, est d'habitude sans dangers et donne une amélioration réelle pendant quelques mois.

3. — Intervention curative.

L'intervention curative est indiquée toutes les fois que le cancer est nettement limité à l'utérus; exception toutefois doit être faite pour la forme exubérante du corps, à cause de la gravité de l'opération et de la fréquence des récidives.

Pour poser l'indication de l'intervention curative, on examinera donc avec soin, par le toucher combiné à la palpation, le pourtour de l'utérus, surtout les ligaments larges, et si on ne trouve aucune trace d'induration, l'extirpation de la tumeur devra être conseillée.

Deux opérations, l'hystérectomie partielle et l'hystérectomie totale réalisent cette intervention curative. Avant d'apprécier leur valeur relative, voyons en quoi elles consistent :

a. **Hystérectomie partielle.** — Amputation sus-vaginale d'Huguier.— Le col doit être amputé au voisinage de l'isthme.

Cette opération a déjà été décrite page 341 à propos du traitement du prolapsus vagino-utérin, je me contenterai de la rappeler brièvement. Elle se compose de quatre temps : 1° ligature des artères utérines; 2° dénudation du col; 3° section du col; 4° application des sutures.

1° *Ligature des artères utérines.* — Aux deux extrémités du diamètre transversal du col, à un bon centimètre en dehors de lui (fig. 338, p. 341), on passe, à l'aide d'une aiguille courbe, un fil de soie qui doit pénétrer à deux centimètres de profondeur; cette ligature, liée assez serrée, comprend presque à coup sûr la branche de l'utérine qui irrigue le col. La même ligature est faite aussi du côté opposé. Cette hémostase préventive permet d'opérer ensuite avec un faible écoulement de sang.

2° *Dénudation du col.* — Section circulaire du col à un bon centimètre du museau de tanche, un peu plus élevée en arrière au niveau du cul-de-sac postérieur qu'en avant (fig. 339). Puis, avec l'index ou le pouce, dénuder l'utérus circulairement en remontant vers le corps (fig. 340).

3° *Section du col.* — Quand la dénudation aura une hauteur de deux à trois centimètres, on sectionnera le col de haut en bas, perpendiculairement à sa direction (fig. 341).

4° *Application des sutures.* — Les sutures sont faites au catgut et appliquées circulairement *en rosette* sur le pourtour du col (fig. 342 et 343).

Tamponnement utérin à la gaze salolée ou iodoformée.

b. **Hystérectomie totale.** — L'hystérectomie totale peut être faite par la voie vaginale ou la voie abdominale.

Les deux procédés qui vont être décrits pour l'une et l'autre opération sont de Martin, sauf quelques variantes d'ordre secondaire.

1. Hystérectomie vaginale totale. — Cette opération comprend deux temps : 1° ligature et détachement circulaire du vagin ; 2° ligature et section du ligament large.

1° *Ligature et détachement circulaire du vagin* — Le col étant fortement relevé en haut à l'aide d'une pince de Museux, on incise

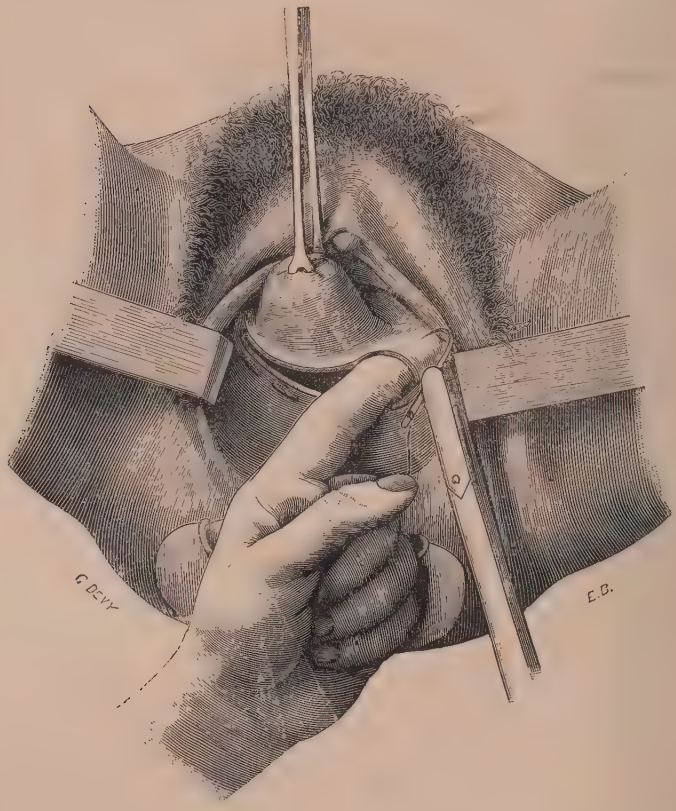


Fig. 407. — Ouverture du cul-de-sac postérieur, et ligature circulaire du vagin (Martin).

transversalement le cul-de-sac postérieur du vagin, et on sectionne en côtoyant l'utérus jusqu'à ce qu'on ait pénétré dans le péritoine. A ce moment, avec une aiguille courbe munie de soie (toutes les sutures se font à la soie), et sous la direction du doigt enfoncé dans la plaie, on lie la paroi vaginale parallèlement à son bord sectionné, en comprenant profondément le péritoine. Cette brèche sert de point de départ pour continuer la ligature circulaire du vagin ainsi

que l'indique la figure 407 ; après la ligature, on sectionne la paroi vaginale en libérant ainsi le col dans la partie correspondante. Dans le cul-de-sac antérieur, on procède (fig. 408) comme pour le postérieur, en allant jusqu'au péritoine; le décollement doit être fait avec lenteur et prudence à cause du voisinage de la vessie.

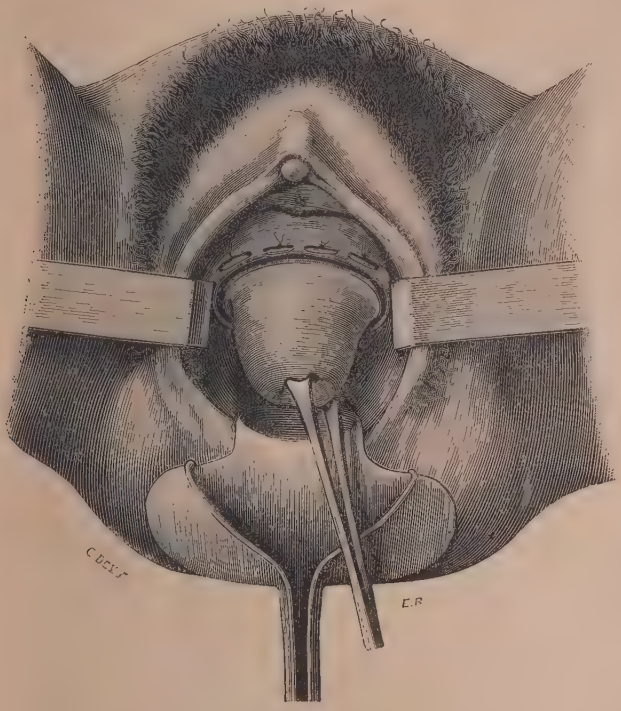


Fig. 408. — Incision et ligature du vagin au niveau du cul-de-sac antérieur (Martin).

2° *Ligature et section des ligaments larges.* — A travers l'ouverture produite par le détachement circulaire du vagin et qu'obture incomplètement l'utérus (fig. 409), on va procéder à la ligature et à la section des ligaments larges. Le doigt est passé en arrière du ligament large, une aiguille de Deschamps chargée de soie traverse, sous la direction du doigt, le ligament large à un bon centimètre en dehors de l'utérus; après avoir été passé, le fil est lié et on sectionne aux ciseaux, au ras de l'utérus, la partie des tissus correspondant à la ligature. — On procède alternativement d'un côté et de l'autre ; un aide, avec une pince de Museux résistante, abaisse le col utérin

aussi fortement que possible. On arrive ainsi à lier les ligaments

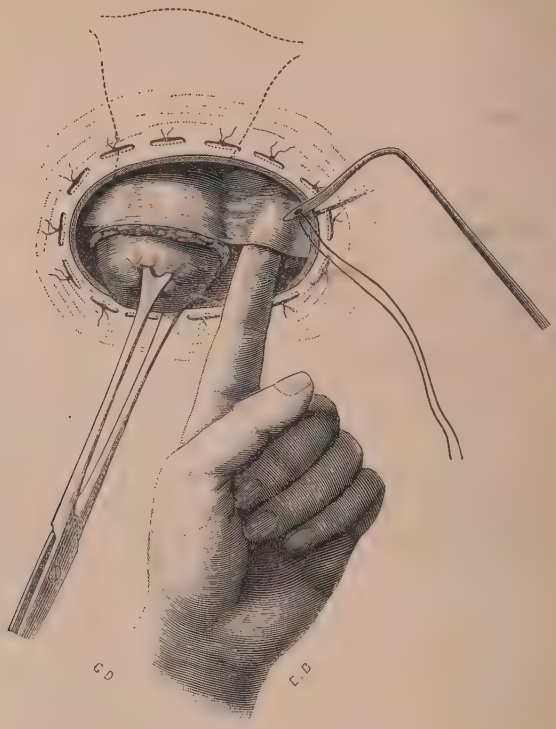


Fig. 409. — Ligature des ligaments larges.

larges dans toute leur hauteur avec quatre ou cinq étages de sutures (fig. 410).

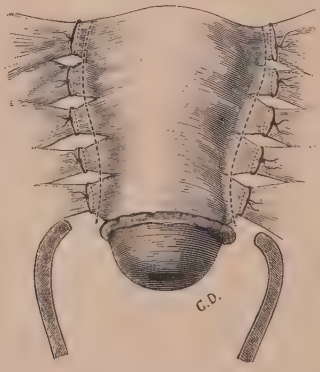


Fig. 410. — Ligature complète des ligaments larges.

Toutefois, cette ligature par simple *abaissement* de l'utérus peut

présenter de sérieuses difficultés quand les ligaments larges manquent de souplesse et ne permettent pas d'attirer l'organe ; on a alors à sa disposition deux autres moyens : le *basculement* de l'utérus, la *forcipressure*.

Le *basculement* (fig. 411) peut être fait en avant ou en arrière ; on produit ainsi soit l'antéflexion, soit la rétroflexion de l'utérus. Le corps de l'organe est attiré tantôt avec le doigt recourbé en crochet, tantôt avec un crochet instrumental qui va le pêcher dans la plaie abdomi-

Fig. 411. — Basculement de l'utérus en arrière.

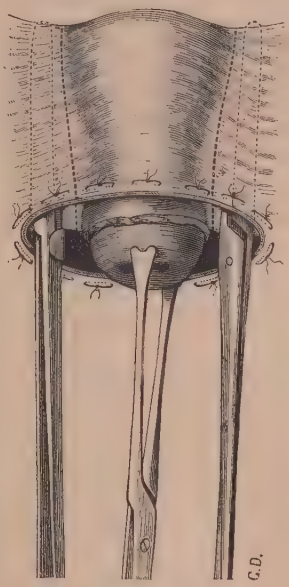


Fig. 412. — Pincement des ligaments larges.

nale. On fera le basculement soit en avant, soit en arrière, suivant la commodité de chaque cas, l'un et l'autre fournissant les mêmes avantages pour terminer l'opération. L'utérus étant basculé, les ligaments larges deviennent facilement accessibles, et on procède à la ligature d'une façon analogue à celle suivie dans le simple abaissement.

Forcipressure. — Quand l'abaissement et le basculement sont impossibles ou difficiles, on peut faire usage de pinces hémostatiques de Péan et Richelot (fig. 412), quelques opérateurs emploient même de propos délibéré ces pinces, comme nous l'avons vu pour la cas-

tration utérine (p. 278) ; on préfère, en général, les ligatures dont les résultats sont plus sûrs au point de vue de l'antisepsie. Les pinces sont, sous la conduite des doigts, glissées avec un mors en avant et l'autre en arrière du ligament large, en ayant soin de bien écarter toute anse intestinale. Puis les pinces étant fixées, on sectionne au ras de l'utérus. Les pinces sont laissées en place pendant quarante-huit heures.

Quel que soit le mode adopté, pinces ou ligatures, on terminera l'opération par un tamponnement vaginal à la gaze iodoformée, qu'on portera jusqu'à la région occupée par l'utérus avant l'opération. Cette gaze laissée en place pendant quarante-huit heures en même temps qu'elle complète l'hémostase fait l'office d'un drain.

2. Hystérectomie abdominale totale. — Quatre temps : 1° ouverture de l'abdomen ; 2° ligature et section des ligaments larges ; 3° ablation du corps utérin ; 4° ligature et détachement circulaire du vagin.

1° *Ouverture de l'abdomen.* — Elle se fait sur la ligne médiane entre l'ombilic et le pubis, comme pour toute opération sur les organes génitaux.

2° *Ligature et section des ligaments larges.* — A l'aide d'une

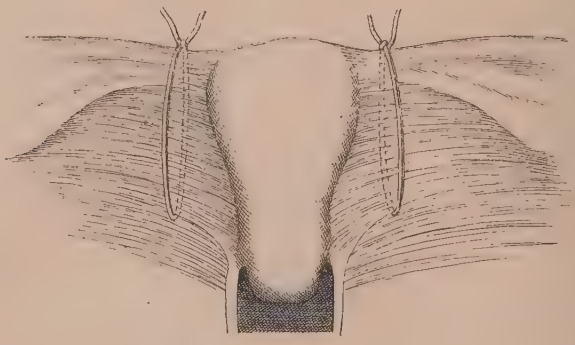


Fig. 413. — Ligature de la partie supérieure du ligament large.

aiguille de Deschamps passer, au voisinage de l'isthme utérin, un fil de soie qui permette de lier toute la partie supérieure des ligaments larges. Au besoin, on pourrait comprendre, dans cette ligature, la trompe et l'ovaire, si ces organes sont ou semblent malades. — Section des ligaments larges entre la ligature et l'utérus. Même intervention de chaque côté.

3° *Ablation du corps utérin.* — Un caoutchouc est passé autour de l'isthme utérin, maintenu par un simple nœud ou par une pince. Le corps utérin est sectionné au-dessus. L'ablation du corps de

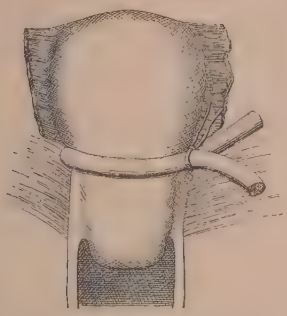


Fig. 414. — Passage d'un lien élastique autour de l'isthme utérin.

l'utérus a pour but de donner du jour à l'opérateur afin de compléter l'intervention avec plus de facilité.

4° *Ligature et détachement circulaire du vagin* — Un aide introduit dans le cul-de-sac postérieur du vagin, à l'aide du doigt, une

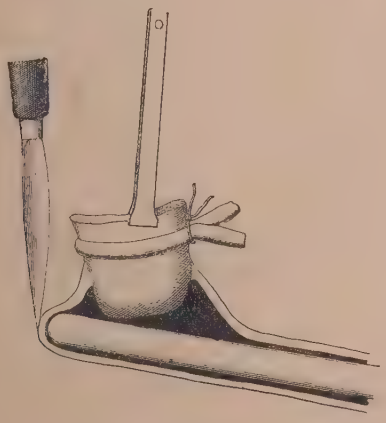


Fig. 415. — Ouverture du cul-de-sac postérieur du vagin.

tige mousse sur laquelle l'opérateur fera par l'abdomen l'incision du vagin (fig. 415). Aussitôt le vagin ouvert, on y fait pénétrer l'index et, avec son aide, on applique en couronne sur tout le pourtour du vagin une série de ligatures à la soie passées avec l'aiguille Des-

champs (fig. 416). Après chaque ligature, on sectionne aux ciseaux la partie correspondante des tissus.

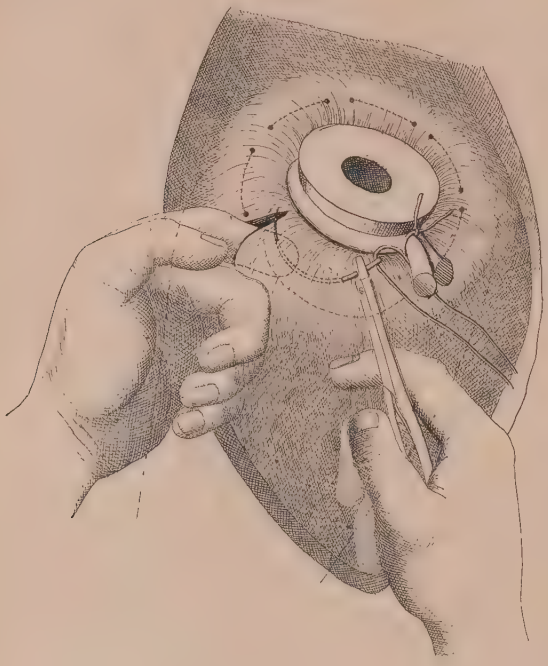


Fig. 416. — Ligature circulaire du vagin faite par l'abdomen.

Après le détachement du col, le vagin se trouve lié comme l'in-

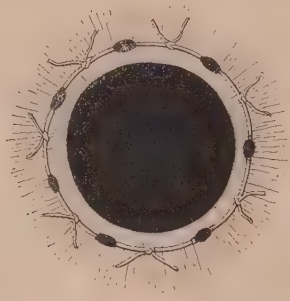


Fig. 417. — Ligature circulaire du vagin ; le col est enlevé.

dique la figure 417. En avant, il faut préalablement détacher la vessie avec le bistouri et les doigts, de manière à ne pas la comprendre dans la ligature.

On passe un drain en croix dans la plaie vaginale, la branche transversale se trouvant juste au-dessus de cette plaie, à l'endroit anciennement occupé par le col, et la branche verticale venant s'échapper à l'orifice vulvaire (fig. 418). Ce drain est laissé en place pendant huit jours.

Fig. 418. — Drainage vagino-péritonéal.

Les trois modes d'intervention curative sont donc :

Hystérectomie vaginale partielle, mortalité opératoire 5 p. 100.
Hystérectomie vaginale totale — — 10 p. 100.
Hystérectomie abdominale totale — — 15 p. 100.

Ces chiffres ne sont qu'approximatifs, la mortalité de 10 p. 100 est celle qui a été acceptée par Olshausen au congrès de Berlin en 1890, elle est plutôt optimiste, et résulte, de la pratique des opérateurs les plus habiles.

La survie des opérées, au point de vue de la récidive, a été surtout étudiée après l'hystérectomie vaginale totale; on peut dire qu'il y a récidive :

Dans un tiers des cas dans la première année ;
— — dans les deuxième et troisième années ;
— — de trois à six ans.

Les survies plus longues sont très exceptionnelles et le diagnostic du cancer n'était peut-être pas alors parfaitement établi.

Quand on opère par l'hystérectomie vaginale totale un cancer de l'utérus, si la malade guérit de l'opération, elle a donc :

Une chance sur trois d'être reprise de son mal avant un an;

Une chance sur trois d'être reprise de son mal au bout d'un à deux ans;

Une chance sur trois d'être reprise de son mal de trois à six ans.

Trois à six ans de survie constituent à peu près le meilleur résultat que puisse fournir l'hystérectomie vaginale totale.

Si on compare les résultats relatifs fournis par l'hystérectomie vaginale totale et la partielle, on voit, d'après un tableau de Schrœder, comprenant le résultat de sa pratique de 1878 à 1886[1], que :

		Guérison.
Au bout de 1 an.	Extirpation partielle. . .	51 p. 100.
	— totale	48 —
— 2 ans.	Extirpation partielle. . .	46 p. 100.
	— totale	24 —
— 3 ans.	Extirpation partielle. . .	47 p. 100.
	— totale	14 —
— 4-5 ans.	Extirpation partielle. . .	38 p. 100.
	— totale	35 —

On voit donc que l'avantage reste à l'extirpation partielle, ce qui ne se comprend guère, car du moment où la femme a survécu à l'opération, on ne conçoit pas pourquoi la récidive serait plus fréquente après l'extirpation totale, qu'après la partielle, à moins que dans les cas où on a fait l'extirpation totale les annexes ne fussent déjà envahies. Mais la conclusion qu'on peut, jusqu'à nouvel ordre, tirer de cette statistique, c'est que l'extirpation partielle donne à peu près les mêmes chances de succès que l'hystérectomie vaginale totale, et comme elle est moins dangereuse comme opération, il semble qu'elle soit préférable.

Il faut néanmoins reconnaître que la plupart des opérateurs ont actuellement recours à l'hystérectomie vaginale totale, se basant en cela plutôt sur la théorie, qui leur fait voir en cette opération une intervention plus radicale et d'apparence plus sûre, que sur les résultats de la clinique.

[1] Hofmeier. *Cent. f. gynak.* 1886, p. 93.

Il semble cependant, jusqu'à nouvel ordre, qu'on doive, pour le cancer du col, accorder la préférence à l'*hystérectomie vaginale partielle*, réservant la totale au cancer du corps.

Quant à l'*hystérectomie abdominale totale*, il faudra, à cause de ses dangers, n'y recourir que dans des circonstances exceptionnelles, quand le volume de l'utérus empêche l'extirpation par la voie vaginale; mais ces cas de cancers exubérants fournissent de très mauvais résultats opératoires et ultérieurs, aussi cette opération sera-t-elle rarement indiquée.

Résumons, dans une vue d'ensemble, ce qui vient d'être dit pour le traitement du cancer utérin :

1° **Cancer limité à l'utérus.** — Annexes paraissant normales et non envahies par le néoplasme. — Tenter l'intervention curative.

Hystérectomie vaginale partielle, s'il s'agit d'un cancer nettement limité au col.

Hystérectomie vaginale totale, s'il s'agit d'un cancer du corps, ou d'un cancer du col avec propagation probable au corps.

Réserver l'*hystérectomie abdominale totale* à des cas très exceptionnels où l'opération indiquée ne pourra être pratiquée par le vagin. Ne pas oublier que cette opération et les cas auxquels elle s'adresse donnent de mauvais résultats.

2° **Cancer ayant envahi les annexes.** — L'intervention curative est impossible, il faut se borner soit à une intervention palliative, soit au traitement expectant.

Le *curage* sera pratiqué dans les cas de cancer végétant, ou donnant lieu à une ichorrée abondante. On pourra quelquefois avoir recours aux caustiques (pâte de Canquoin), notamment quand l'idée d'une intervention chirurgicale est mal acceptée par la malade.

Le *traitement expectant* sera réservé aux cas désespérés, dans lesquels par des narcotiques, le médecin pourra calmer la douleur et par des pansements améliorer légèrement l'état local.

2. — CANCER DE LA TROMPE

Le cancer de la trompe est rare, et survient d'habitude comme complication de celui de l'utérus ou de l'ovaire. Sur vingt cas, par

exemple, il sera consécutif quinze fois au cancer utérin, quatre fois à l'ovarien et une fois primitif.

Sa forme, comme pour l'utérus, peut être le sarcôme, l'épithélioma ou le carcinôme.

Sa rareté, comme affection primitive, nous dispense d'une description spéciale.

3. — CANCER DE L'OVAIRE

Le cancer est, quoique à un moindre degré que la trompe, une tumeur rare, qui se présente aussi sous forme de *sarcôme*, *carcinôme* ou *épithélioma*. On a décrit, sous le nom d'*endothéliome* une variété de sarcôme.

Les tumeurs malignes de l'ovaire, dont l'histologie n'est pas encore parfaitement connue, sont parfois difficiles à distinguer au

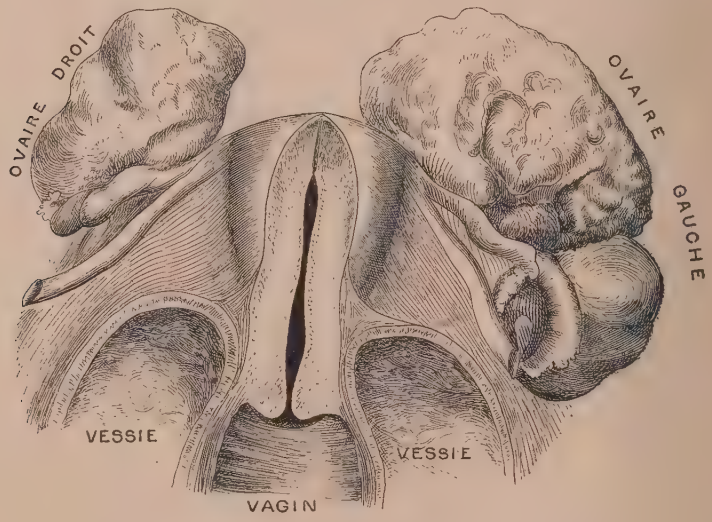


Fig. 419. — Cancer des deux ovaires; sarcôme (Beigel).

microscope des kystes de l'ovaire, mais au point de vue clinique, la distinction est relativement facile, car à un faible degré de développement, l'*ascite* survient, révélant la malignité.

Donc en clinique, une tumeur solide de l'ovaire ne prenant pas un grand développement, mais s'accompagnant promptement d'ascite. est un cancer.

Malgré la récidive possible et fréquente, l'extirpation de la tumeur

par la laparotomie est conseillée par la plupart des auteurs. Au cas où, après l'ouverture de l'abdomen, on tomberait sur une tumeur non énucléable, on refermerait la plaie abdominale après évacuation du liquide ascitique. Cette laparotomie exploratrice amène quelquefois une amélioration subjective de quelques semaines.

4. — CANCER DU LIGAMENT LARGE

Le cancer du ligament large est toujours secondaire à celui de l'utérus, de la trompe ou de l'ovaire. L'envahissement dans le ligament a une grande importance clinique, car sauf rares exceptions, il devient le signal de l'inopérabilité. C'est donc surtout une valeur pronostique, qui s'attache à cette variété de tumeur.

5. — TUMEURS PUERPÉRALES DE L'UTÉRUS

La *grossesse* constitue un état physiologique de l'utérus, dont je n'ai pas à aborder ici la description, mais qu'il faudra toujours avoir présent à l'esprit toutes les fois qu'on aura à faire le diagnostic d'une tumeur génitale. On ne saurait trop insister sur ce point, car de temps en temps on voit des opérateurs, insuffisamment initiés à l'obstétrique, pratiquer la laparotomie pour une grossesse normale, qui avait été confondue avec une tumeur pathologique des organes génitaux.

Pendant que nous en sommes à la puerpéralité, une simple mention pour la *grossesse extra-utérine*, qui a été étudiée dans un autre chapitre avec l'hématocèle, et à laquelle il faudra également penser en élaborant le diagnostic d'une tumeur génitale.

La tumeur puerpérale de l'utérus, qui mérite ici une description détaillée à cause des embarras diagnostiques qu'elle peut causer, est la *môle hydatiforme* ou *myxôme chorio-placentaire*.

On désigne sous ce nom une dégénérescence spéciale des membranes et du placenta, dont l'aspect rappelle celui d'un kyste hydatique à vésicules multiples.

La môle hydatiforme, résultant d'une conception comme la grossesse ordinaire, se manifeste par trois symptômes principaux :

Le *développement anormal de l'utérus :* c'est-à-dire qu'au lieu d'un utérus subissant l'hypertrophie normale de la grossesse, on a une surface irrégulière, parfois bosselée; le développement est en outre

tantôt plus rapide, tantôt plus lent que dans une grossesse normale.

Les *hémorrhagies utérines*, intermittentes et capricieuses.

L'*émission de vésicules* par la vulve. Cette émission est rare, mais rend le diagnostic facile quand elle existe, ces vésicules étant pathognomoniques de la môle hydatiforme.

On pensera à la môle hydatiforme, quand, chez une femme qui présente différents signes de grossesse, on trouvera l'utérus inégal, moins ou plus développé que ne le comporte le moment supposé de la conception, et qu'il y aura des métrorrhagies. Le diagnostic ne deviendra certain qu'au moment de l'expulsion des vésicules ou de la totalité de la môle.

Le traitement est exposé en détail dans les *Traités d'Obstétrique*.

6. — FIBROMES UTÉRINS

SOMMAIRE

Anatomie pathologique. Symptômes et diagnostic.

Division, classification, pathogénie.

1. Fibrômes interstitiels ou centraux.
2. — sous-séreux ou excentriques.
3. — sous-muqueux ou concentriques.

Evolution et transformation.

Traitement.

a. *Ressources thérapeutiques.*

1. Médicaments.
2. Electricité.
3. Opération.
   Voie vaginale.
   Voie abdominale.

b. *Mode d'emploi clinique.*

1. Fibrômes indifférents.
2. Fibrômes hémorrhagiques.
3. Fibrômes douloureux.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE, SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC

Les fibrômes utérins sont des tumeurs dont la structure est identique à celle de l'utérus et comprend des *fibres musculaires lisses* avec *tissu conjonctif* (fig. 420). On a appelé *myômes* les variétés où le tissu musculaire prédomine, *fibrômes* celles où le tissu conjonctif l'emporte, *fibro-myômes* quand il y a égalité. Autres termes synonymes : fibroïdes, corps fibreux, hystérômes.

Ces tumeurs sont très fréquentes ; d'après Bayle, le cinquième

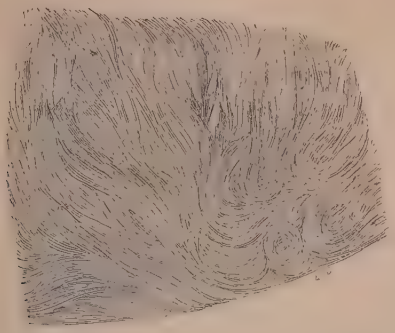


Fig. 420. — Coupe d'un fibrôme (Gusserow).

des femmes en est atteint ; elles peuvent arriver à un volume

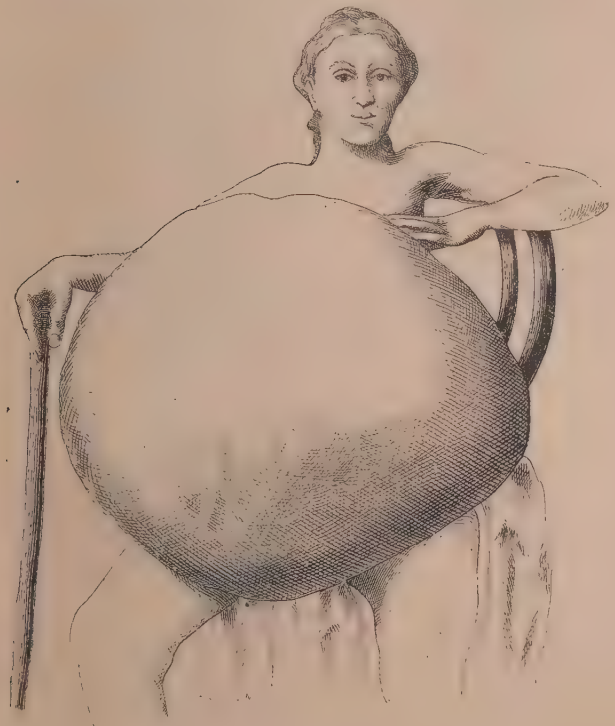


Fig. 421. — Fibrôme kystique (Winckel).

considérable, ainsi qu'en témoigne la figure 421.

L'origine et la formation de ces tumeurs est encore problématique : hémorrhagie insterstitielle devenant le point de départ d'un noyau musculaire ; — nid parasitaire[1], s'enveloppant d'une tumeur dont il est l'épine formatrice ; — excès de vie de l'utérus, causant un véritable débordement musculaire, dont les fibrômes seraient la manifestation, telles sont les trois théories invoquées et dont aucune n'est encore assise sur des bases sérieuses.

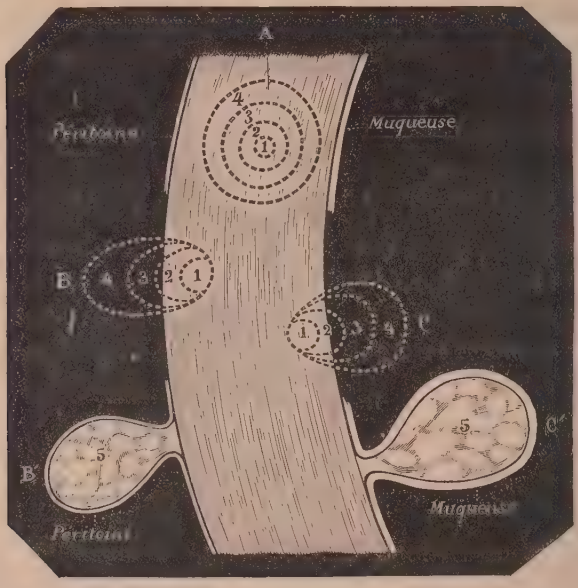


Fig. 422. — Évolution des fibrômes utérins.

A, fibrômes interstitiels. — B, fibrômes excentriques. — C, fibrômes concentriques.

Quel que soit le point de départ, le fibrôme naît et se développe dans l'épaisseur de la paroi utérine.

S'il naît au centre de cette paroi, il se développe dans cette paroi sans l'abandonner et reste *interstitiel* (fig. 422, A).

Si le point de départ est voisin de la périphérie de l'utérus, le développement de la tumeur se fait *excentriquement*, le fibrôme prédomine à la surface séreuse de l'utérus et constitue un *polype sous-séreux* (fig. 422, BB').

Si le point de départ est peu éloigné de la muqueuse, par un

[1] Galippe et Landouzy. Soc. de Biologie, 19 février 1887.

développement analogue le fibrôme fait saillie en soulevant la muqueuse dans la cavité utérine ; il suit une marche *concentrique* et devient *polype sous-muqueux* (fig. 422, CC').

L'expression de *polype*, qui signifie simplement *tumeur pédiculée*, est réservée par les classiques aux *polypes sous-muqueux ;* mais cette exclusion, qui n'a d'autre base et excuse que la routine, doit être abandonnée. Il existe, en réalité, deux variétés de polypes fibreux de l'utérus :

Les polypes sous-séreux ou excentriques,
Les polypes sous-muqueux ou concentriques.

Les fibrômes utérins se répartissent donc en trois grandes classes :

1° *Les fibrômes interstitiels ou centraux ou pariétaux ;*

2° *Les fibrômes sous-séreux ou excentriques ou extra-pariétaux externes, qui deviennent polypes sous-séreux quand ils se pédiculisent ;*

3° *Les fibrômes sous-muqueux ou concentriques ou extra-pariétaux internes, qui deviennent polypes sous-muqueux quand ils se pédiculisent.*

Chacune de ces variétés exige une étude distincte :

1° **Fibrômes interstitiels ou centraux.** — Les fibrômes interstitiels peuvent être *généralisés* à tout l'utérus, constituant ce que M. Guyon a appelé la *grossesse fibreuse*, ou *localisés* à une région de l'utérus. Dans la variété généralisée, tantôt le fibro-myôme est *diffus* et se présente sous la forme d'*hypertrophie utérine* (*gigantisme utérin* de M. Polaillon), tantôt *circonscrit* et constitué par un ensemble de tumeurs distinctes, qui criblent toute la paroi utérine.

En résumé :

Fibrômes interstitiels généralisés (grossesse fibreuse).
1° Forme diffuse (gigantisme utérin). *a.*
2° Forme circonscrite. . . . . *b.*
Fibrômes interstitiels localisés . . . . . *c.*

a. Fibrômes généralisés diffus. — *Hypertrophie utérine. Gigantisme utérin.* — Cette forme est caractérisée par une hypertrophie régulière de l'utérus et de tous ses éléments ; c'est en quelque sorte une *grossesse à vide*. L'utérus, tout en gardant sa forme normale, prend des dimensions géantes.

La femme éprouve les douleurs habituelles à la métrite paren-

chymateuse ; les règles deviennent abondantes et se transforment en véritables métrorrhagies ; l'écoulement sanguin peut être ramené par tout traumatisme, notamment par le coït. Entre les règles, il y a un écoulement muqueux assez abondant, parfois même purulent, l'élément inflammatoire ne semble toutefois jouer qu'un rôle secondaire, et il ne s'agit en aucune façon d'une métrite parenchymateuse, analogue à celle que nous avons étudiée au chapitre *Inflammation utérine*.

A l'examen de la malade, on trouve un utérus géant, augmenté de volume dans toutes ses parties constituantes. La consistance rappelle l'utérus normal, et diffère donc notablement de celle rencontrée pendant la grossesse ; cet élément est important au point de vue du diagnostic. A l'hystéromètre, la cavité utérine est notablement agrandie en profondeur et en largeur.

Le diagnostic devra surtout être fait avec la grossesse ; la persistance et même l'exagération des règles, la différence dans la consistance utérine, l'absence de phénomènes sympathiques de la grossesse permettront ce diagnostic que confirmera au besoin l'hystérométrie.

L'hypertrophie sus- et intra-vaginale du col, qui a été étudiée avec le prolapsus est une variété de ce gigantisme utérin, localisée au col de l'utérus et respectant le corps.

b. Fibrômes généralisés circonscrits. — Toute la paroi utérine est farcie de fibrômes de volumes divers.

Les symptômes diffèrent peu de ceux décrits dans la forme précédente, mais à la palpation on trouve, au lieu d'une surface lisse, des bosselures, et l'hystéromètre introduit dans la cavité utérine donne l'impression d'une série de monticules. Souvent, en même temps que ce fibrôme interstitiel, il en existe de sous-muqueux ou de sous-séreux, tumeurs en train de se séparer de la paroi-mère.

Les hémorrhagies, l'inégalité de la paroi utérine pourraient amener la confusion avec une môle hydatiforme, mais dans ce dernier cas, les phénomènes sympathiques de la grossesse existent d'habitude, l'utérus y prend la consistance molle de la grossesse. Quand il y a doute, attendre avant de se résigner à introduire l'hystéromètre, qui éclairera la situation. Comme élément diagnostique, je ne ferai que mentionner l'expulsion des vésicules à cause de sa rareté.

c. Fibrômes interstitiels localisés. — Ces fibrômes, de volume

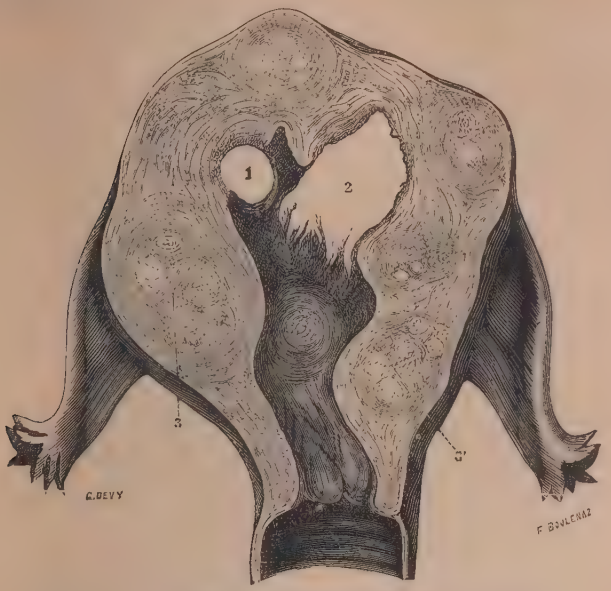


Fig. 423. — Fibrômes généralisés circonscrits (Schrœder).
1, 2, loges dont les myômes ont été enlevés. — 3, 4, etc., myômes interstitiels vus à la coupe.

Fig. 424. — Fibrôme de la paroi postérieure de l'utérus (Sims).

variable (noisette à orange), peuvent siéger au corps ou au col, soit

dans la paroi postérieure de l'utérus (fig. 424), soit dans la paroi antérieure (fig. 425).

Ils sont uniques ou multiples.

Volumineux, ils sont susceptibles de produire des phénomènes de compression, en arrière sur le rectum ou en avant sur la vessie.

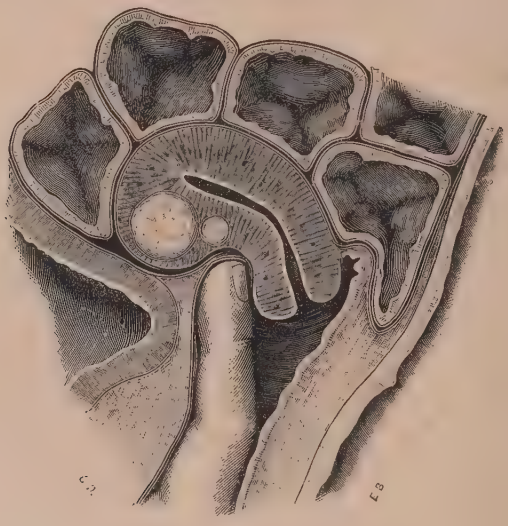


Fig. 425. — Fibrômes de la paroi antérieure de l'utérus.

Le plus souvent ces fibrômes, quand ils sont petits, ne causent pas d'hémorrhagie, cependant ils peuvent, par voisinage, déterminer un peu d'endométrite, qui se traduira par de l'écoulement muco-purulent et des pertes de sang.

Mais le symptôme le plus important est la douleur dont ils sont la source. Ils jouent dans la paroi-utérine le rôle d'une épine irritative, dont le retentissement douloureux produit des névralgies diverses, surtout ilio-lombaires, comme une dent cariée amène de la névralgie faciale.

Il arrive de temps en temps, à l'examen génital d'une femme, de chercher attentivement la source de douleurs accusées et de ne trouver qu'une petite *saillie douloureuse* sur la paroi antérieure de l'utérus, sentie à travers le cul-de-sac vaginal antérieur. Cette saillie n'est autre qu'un petit fibrôme et doit être reconnue comme cause des douleurs. Or, si la même tumeur siège dans les parois latérales ou la paroi postérieure, ou si la tumeur est tota-

lement enfouie dans le tissu utérin, l'examen digital ne peut la révéler. Bien des névralgies ilio-lombaires, réputées idiopathiques, doivent dépendre de cette cause, échappant à nos moyens ordinaires d'investigation.

2. **Fibrômes sous-séreux ou excentriques.** — Ces tumeurs, qu'elles soient encore sessiles ou qu'elles soient arrivées à se pédiculiser, peuvent occuper un point quelconque de la périphérie utérine.

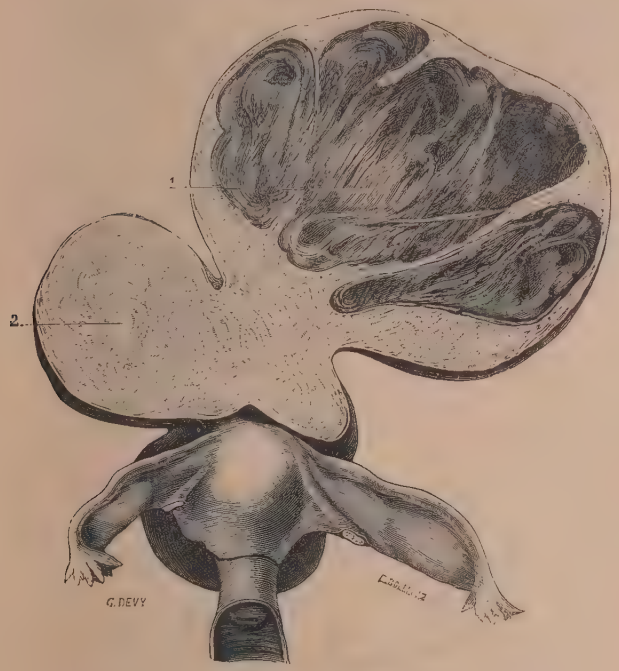


Fig. 426. — Polype sous-séreux de l'utérus (Schrœder).

La figure 426 représente un polype implanté sur le fond de l'utérus.

La figure 427 montre deux fibrômes sous-séreux adhérant, l'un à la paroi antérieure, l'autre à la paroi postérieure de l'utérus.

La figure 428 a trait à un cas de fibrôme développé dans l'épaisseur du ligament large, où il se trouve emprisonné, de telle sorte que le contact avec la séreuse péritonéale est moins direct. Ces tumeurs intra-ligamenteuses forment une variété spéciale de fibrômes sous-

séreux, importante à cause des difficultés qu'ils offrent à l'ablation chirurgicale.

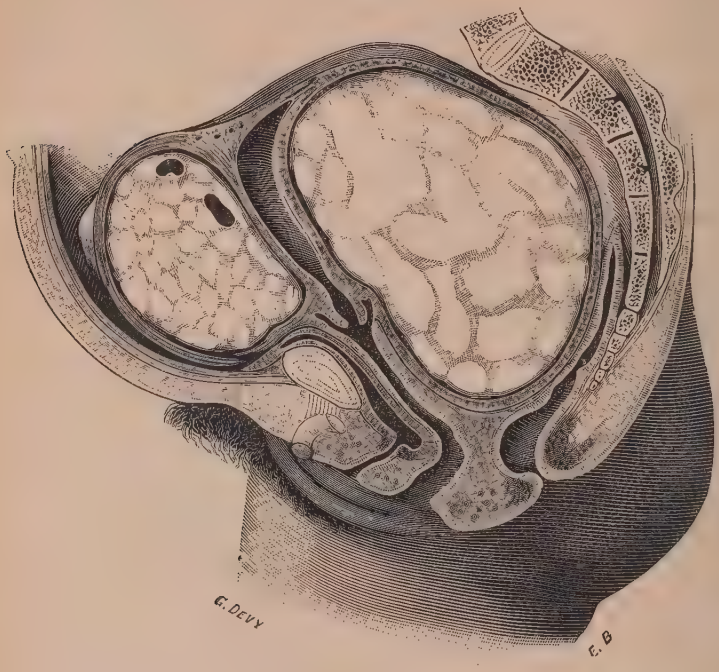


Fig. 427. — Volumineux fibrômes attenant à la paroi antérieure et postérieure de l'utérus (Mann).

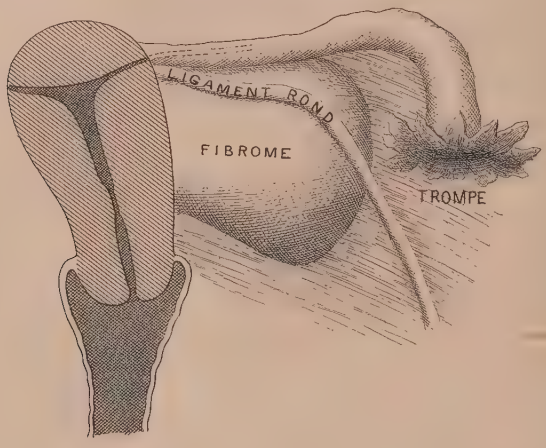


Fig. 428. — Fibrôme occupant l'épaisseur du ligament large.

Les fibrômes sous-séreux ont comme symptôme essentiel et carac-

téristique la douleur et la gêne fonctionnelle dont ils sont la source. La douleur se traduit par de la pesanteur abdominale et pelvienne, par des phénomènes névralgiques sur le trajet des nerfs ilio-lombaires, cruraux, sciatiques, par des phénomènes de compression intestinale et vésicale. Quand la tumeur devient volumineuse, elle entrave la circulation de l'abdomen, des membres inférieurs et, par contre-coup, toute la circulation de l'organisme. La malade s'anémie, maigrit, se cachectise et succombe avec une des complications habituelles aux états cachectiques (phlegmatia, embolie, complications pulmonaires, arrêt de fonctionnement cardiaque ou rénal).

Le diagnostic de ces tumeurs se fera par la palpation combinée au toucher. Ce double moyen explorateur, qui doit toujours être combiné, permettra de circonscrire la tumeur et de reconnaître ses relations avec l'utérus.

Le diagnostic avec la *grossesse* sera ordinairement facile; mais la grossesse, pouvant se développer dans ces utérus fibromateux, sera susceptible de mettre à l'épreuve la sagacité du clinicien, qui devra à la fois reconnaître la gravidité et la tumeur.

Le diagnostic devra surtout être attentivement posé avec les *kystes de l'ovaire*. Nous y reviendrons après avoir étudié ces dernières tumeurs.

Fig. 429. — Fibrôme sessile de la lèvre postérieure (A.-P. Cooper).

3. **Fibrômes sous-muqueux ou concentriques.** — Les fibrômes sous-muqueux ont comme point de départ :

Tantôt la portion vaginale du col;
Tantôt la paroi cervicale au-dessus du vagin ;
Tantôt la paroi corporéale.

La figure 429 représente un fibrôme implanté sur la portion

Fig. 430. — Fibrôme intra-cervical d'origine cervicale.

vaginale du col, et formant, une tumeur sessile, se continuant sans ligne de démarcation avec la lèvre postérieure.

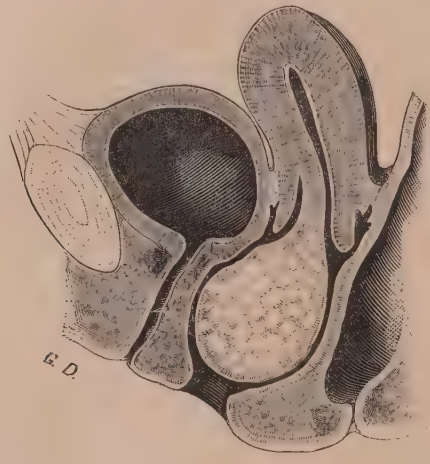


Fig. 431. — Fibrôme intra-vaginal d'origine cervicale.

Le fibrôme implanté sur la surface cervicale constitue un polype tantôt intra-cervical, c'est-à-dire ne franchissant pas l'orifice

externe (fig. 430), tantôt, au contraire, tombant dans la cavité vaginale après avoir dépassé cet orifice (fig. 431).

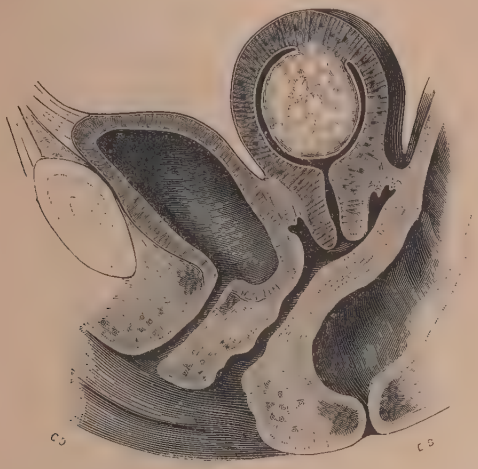


Fig. 432. — Fibrôme intra-corporéal d'origine corporéale.

Le fibrôme implanté dans la cavité même du corps utérin, au-dessus de l'isthme peut être :

Fig. 433. — Fibrôme intra corporéo-cervical d'origne corporéale.

Soit intra-corporéal (fig. 432);
Soit intra-cervical (fig. 433);
Soit intra-vaginal (fig. 434).

Il est même susceptible de proéminer plus ou moins à l'orifice vulvaire ; c'est un véritable accouchement où le fœtus est remplacé par une tumeur fibreuse.

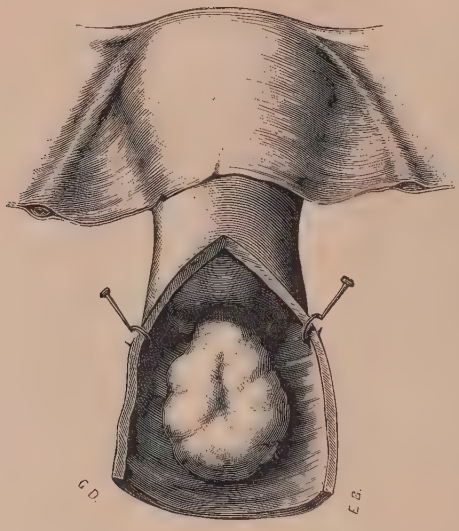


Fig. 434. — Fibrôme corporéo-cervico-vaginal d'origine corporéale.

En descendant, le fibrôme amène parfois le retournement de l'utérus, ainsi que cela a été étudié en détail au chapitre *Inversion*.

Les fibrômes sous-muqueux, comme les interstitiels et les sous-séreux, peuvent être l'origine de troubles douloureux et fonctionnels analogues à ceux décrits pour ces variétés de tumeurs, mais le symptôme caractéristique est l'*hémorrhagie*.

De telle sorte que, pour chaque variété de fibrômes, on peut dire que la note symptômatique dominante est :

Fibrômes interstitiels : tolérance relative.
Fibrômes sous-séreux : douleurs.
Fibrômes sous-muqueux : hémorrhagies.

Nous retrouverons ces trois variétés symptômatiques à propos du traitement.

L'hémorrhagie se traduit d'abord par une augmentation de l'écoulement menstruel, parfois elle devient continue ou rémittente. L'écoulement de sang peut être suffisant pour amener une anémie très prononcée.

Quand le fibrôme descend dans la cavité cervicale ou vaginale, outre l'hémorrhagie il se produit des coliques utérines douloureuses qui rappellent, très atténuées, les douleurs de l'accouchement; cette descente s'opère tantôt graduellement, tantôt par des intermittences;

Fig. 435. — Cette figure montre après ouverture de l'utérus un cas analogue à celui représenté par la figure 434 (J.-Y Simpson).

c'est ainsi que certains fibrômes sont, à un examen, accessibles dans le vagin, et, ultérieurement, remontés au-dessus de l'orifice externe; la tumeur semble jouer à *cache-cache*.

Le diagnostic des fibrômes sous-muqueux se fera à l'aide du tou-

cher vaginal, et, à cet égard, les tumeurs fibreuses doivent être divisées en deux catégories :

les *accessibles*,
les *inaccessibles*.

Les *accessibles* peuvent être touchées dans le vagin ou dans la cavité cervicale à travers l'orifice externe entr'ouvert. La confusion, en pareil cas, sera possible soit avec un polype muqueux, mais la consistance et le volume sont différents ; soit avec un placenta éliminé après une rétention plus ou moins prolongée, mais dans ce dernier cas la tumeur est friable, et ne tarde pas à être éliminée après son engagement dans le canal cervical. Le diagnostic avec l'inversion a été fait à propos de cette affection.

Les *inaccessibles* peuvent parfois être sentis à l'hystéromètre, dont l'extrémité contourne la tumeur, mais le meilleur moyen de diagnostic est de les rendre accessibles par la dilatation du canal cervical à l'aide de la laminaire. Ce moyen permet à la fois de faire le diagnostic et, dans la même séance s'il y a lieu, le traitement, en enlevant la tumeur par un des moyens qui seront étudiés à propos de la thérapeutique.

La tumeur sentie par l'introduction du doigt dans l'utérus abaissé est parfois, au lieu d'un fibrôme, un cancer, un fragment de placenta retenu, un léger degré d'inversion. Le diagnostic de l'inversion a été exposé avec cette maladie : le placenta est friable et se laisse enlever avec le doigt. Quant au diagnostic entre le cancer et le fibrôme, il ne sera guère possible que par l'examen microscopique d'une parcelle de la tumeur.

Les diverses variétés de fibrômes qui viennent d'être vues sont susceptibles de subir une évolution et des transformations analogues.

Après la transformation en polype, le pédicule peut s'amincir à tel point que la tumeur se détache complètement ; elle tombe au dehors s'il s'agit d'un polype sous-muqueux, ou dans le péritoine si le polype est sous-séreux ; dans ce dernier cas très exceptionnel[1] et dont il n'existe que quelques exemples, le fibrôme devient un corps étranger intra-péritonéal.

Sous l'influence de la grossesse, le fibrôme se ramollit et augmente de volume pour subir pendant le postpartum la double modification contraire.

[1] Depaul. *Bulletins de la Soc. anatomique*, XIX, p. 13.

Le fibrôme est susceptible de se calcifier et de constituer une véritable *pierre utérine*. Il peut aussi subir la dégénérescence graisseuse, amyloïde, ou cancéreuse. On comprendra facilement l'importance en chirurgie de cette possibilité de transformation en cancer.

Le fibrôme se creuse parfois d'une cavité kystique et devient une tumeur fibro-kystique, enlevant au fibrôme sa consistance normale pour le rendre mou et fluctuant.

Le fibrôme peut enfin s'*enflammer*, *suppurer*, se *gangréner* et être ainsi le point de départ d'accidents septicémiques.

TRAITEMENT

A. — Ressources thérapeutiques.

Traitement médical. — Electricité. — Traitement chirurgical.

Ressources médicales. — De nombreux médicaments ont été préconisés contre les fibrômes utérins ; l'hydrastis canadensis, l'hamamelis virginica, le phosphore, le cannabis indica, l'antipyrine, le bromure de potassium, l'iodure de potassium.

Tous ces médicaments ont produit quelques bons effets, ce qu'il faut la plupart du temps attribuer à une influence suggestive. L'état moral de la femme retentit sur sa circulation générale et utérine en particulier, de telle sorte que la confiance dans la guérison amène une hémostase relative. M. Bugney[1] a, à cet égard, publié une intéressante observation, ou des métrorrhagies causées par un fibrôme furent guéries par l'hypnotisme.

Cependant, parmi ces diverses médications, il en est trois qui méritent une mention particulière :

La première est le *repos horizontal* longtemps prolongé. Cette position de la femme facilite la circulation en retour, et de la sorte, arrête ou diminue les pertes sanguines. Le repos joue, d'ailleurs, un rôle important, et trop souvent négligé, dans un grand nombre d'affections génitales.

La seconde est l'*arsenic*, qui agit surtout comme reconstituant.

La troisième est l'*ergot de seigle*, administré suivant l'habitude actuelle, sous forme d'injections sous-cutanées d'ergotine ou d'ergotinine. L'usage doit en être continué régulièrement et longtemps;

[1] *Revue de l'hypnotisme*, 1er déc. 1890.

les injections se comptent par centaines; une femme, au dire de Winckel, en aurait subi jusqu'à quinze cents. L'ergot de seigle agit tantôt comme hémostatique, en favorisant la rétraction de l'utérus, tantôt en facilitant l'élimination d'un polype sous-muqueux, dont la femme se trouve ainsi plus promptement débarrassée.

Toutefois, ces trois médications ne sauraient être considérées que comme des palliatifs, qui échoueront d'ailleurs dans nombre de cas, de telle sorte que les femmes, plus fatiguées en quelque sorte du traitement que de la maladie même, préféreront cesser toute thérapeutique.

Parmi les *eaux minérales*, il en est trois qui semblent avoir une heureuse influence sur les fibrômes, ce sont : Salies-de-Béarn (Basses-Pyrénées), Salins (Jura), Kreuznach (Allemagne).

Électricité. — L'électricité, grâce aux travaux de Tripier et d'Apostoli, a pris une place importante dans le traitement des fibrômes. Elle est appliquée sous forme de courant galvanique. Un pôle étant placé en surface (gâteau de terre glaise) sur la paroi abdominale, l'autre est introduit dans la cavité utérine avec un hystéromètre de platine, ou placé au contact du col. Le pôle négatif est, en général, placé sur l'abdomen, et le positif au contact de l'utérus. L'intensité peut être portée jusqu'à 250 milliampères; la séance dure dix minutes environ, et doit être répétée deux ou trois fois par semaine.

Cette méthode, sauf rares exceptions, n'est pas dangereuse, à la condition qu'il n'y ait pas de collection purulente dans la sphère génitale; elle est peu douloureuse, car on peut régler à volonté l'intensité du courant et la proportionner à la tolérance de la malade. Elle n'est que palliative, car un fibrôme, s'il peut diminuer ne saurait disparaître sous l'influence de l'électricité, à moins d'expulsion par les voies naturelles; son action s'exercera donc sur les phénomènes douloureux et hémorrhagiques causés par la tumeur fibreuse.

Il est encore difficile de se former un jugement sur la valeur de l'électricité, car les électriciens en font une sorte de panacée guérissant toujours ou presque toujours; ses adversaires, que l'on rencontre surtout dans le corps chirurgical, au contraire, la déclarent impuissante ou n'agissant que par suggestion. Quoi de plus propre, en effet, pour agir sur l'imagination d'une femme, que ce fluide insaisissable, dont l'industrie fait des merveilles et qui est assez fort pour produire la mort. Si pareil fluide ne doit pas guérir, c'est

que la guérison est impossible ! Aussi beaucoup de femmes sont-elles améliorées, même avant d'avoir commencé le traitement, rien qu'à l'idée de le subir. J'en ai vu plusieurs dans ce cas.

L'électricité, bien maniée, produit un réel soulagement dans un cas sur trois environ, à la condition d'être faite pendant longtemps et avec régularité. Un tiers des femmes atteintes de fibrômes, grâce à son influence, est donc amélioré et perd beaucoup moins de sang ; les deux autres tiers n'obtiennent de cet agent thérapeutique qu'un bénéfice illusoire ou nul.

L'électricité vaut donc la peine d'être employée dans le traitement des fibrômes, et elle rend de grands services dans les tumeurs inopérables ou dans les cas où la femme ne veut à tous prix d'aucune intervention chirurgicale ; ces bistouriphobes sont d'ailleurs loin d'être rares.

Ressources chirurgicales. — Les diverses opérations dirigées contre les fibrômes et dont les unes sont palliatives, les autres curatives, se divisent en deux catégories, suivant qu'elles sont pratiquées par la voie vaginale ou abdominale :

Voie vaginale :

Dilatation du col	1
Incision du col	2
Curettage	3
Myomectomie	4

Voie abdominale :

Castration	5
Myomectomie	6
Hystérectomie partielle	7
Hystérectomie totale	8

1. Dilatation du col. — La dilatation du col avec la laminaire, les bougies de Hégar, ou un instrument à branches mobiles, peut être faite dans un double but, tantôt pour permettre l'accès dans la cavité utérine en vue d'une intervention plus complète, tantôt comme unique but thérapeutique pour exciter la contraction et la rétraction utérines. C'est ainsi que l'application d'une simple tige de laminaire est capable d'arrêter pendant plusieurs mois les hémorrhagies. Toutefois, cette intervention est rarement employée à l'état isolé, car sa puissance hémostatique est ordinairement faible, et son action très incertaine.

2. Incision du col. — La section bilatérale du col, qui a eu parfois une action hémostatique, n'agit probablement que si on sectionne des branches utérines importantes ; on coupe ainsi la source du sang. Une simple mention suffit pour ce procédé délaissé.

3. Curettage. — Le curettage, pratiqué suivant la même méthode que dans l'endométrite, peut, dans les cas de fibrômes interstitiels, amener une cessation durable ou prolongée des hémorrhagies, qui très souvent sont dues, en pareil cas, à l'endométrite causée par la présence même des tumeurs fibreuses. Le curettage, ne présentant aucun danger, quand il est fait avec toutes les précautions voulues, sera d'un heureux secours dans un assez grand nombre de cas de fibrômes interstitiels avec tendance hémorrhagique, causée par leur rapprochement de la muqueuse.

4. Myomectomie vaginale. — Myomectomie signifie ablation du myome ; nous ne nous occupons ici que de la voie vaginale ; il sera ultérieurement question de la myomectomie par la voie abdominale.

Le myome sera facile à enlever s'il est inséré sur le museau de tanche ; bistouri et sutures suffisent à l'opération.

L'ablation n'est guère plus difficile en général quand le polype est inséré dans la cavité cervicale, le pédicule peut être atteint facilement avec le doigt, sectionné ou tordu, et lié s'il y a lieu de faire l'hémostase, rarement nécessaire quand on enlève la tumeur par torsion. Ces fibrômes à implantation cervicale sont d'ailleurs relativement rares.

C'est, la plupart du temps, des fibrômes à implantation corporéale qu'on aura à enlever ; trois méthodes peuvent être employées dans ce but : la *torsion*, l'*énucléation*, le *morcellement*.

Torsion. — La torsion est facile à pratiquer, quand le pédicule est aminci ; il suffit alors de quelques tours imprimés à la tumeur saisie avec une pince à griffes, pour la détacher complètement. Ce procédé nécessite d'ailleurs la dilatation préalable du col, telle qu'elle va être décrite pour l'énucléation.

Enucléation. — Contrairement à la torsion, cette méthode s'adresse à des tumeurs encore unies par une large base d'implantation à la paroi utérine. Elle nécessite la dilatation préalable du col, de manière à ce que l'opérateur ait une voie largement ouverte pour arriver jusqu'à la tumeur à extraire. Cette dilatation sera faite soit à l'aide de laminaires progressivement croissantes, soit, plus

volontiers, par le tamponnement de l'utérus à la gaze iodoformée; cette méthode, préconisée par Vulliet avec l'aide de bourdonnets, s'accomplit avec plus de facilités quand on emploie la gaze. Pour faire ce tamponnement dilatateur, la femme étant en position vulvaire, sans anesthésie, on applique un spéculum bivalve court, et après avoir saisi le col avec une pince de Museux, on introduit dans l'utérus, à l'aide d'un instrument recourbé, la bande de gaze iodoformée. La cavité utérine est bourrée aussi complètement que pos-

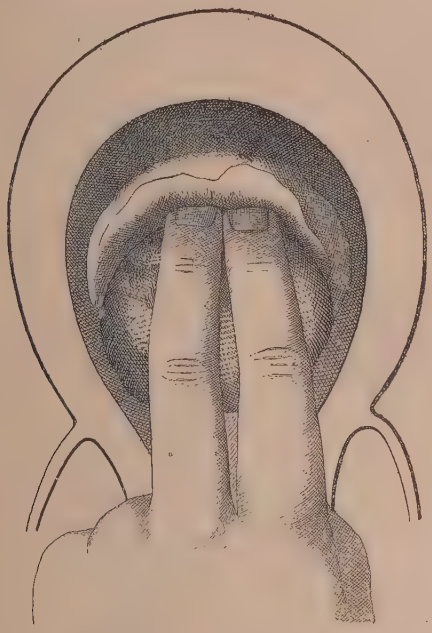


Fig. 436. — Décortication d'un fibrôme intra-utérin avec les doigts.

sible. Au bout de vingt-quatre heures, la gaze est enlevée, et si la dilatation n'est pas suffisante, on recommence le tamponnement utérin. On continue ainsi toutes les vingt-quatre heures, jusqu'à ce que le col soit ouvert au degré désiré; il est nécessaire que deux doigts puissent facilement pénétrer dans la cavité utérine; ce degré de dilatation s'obtient, suivant les cas, en deux à quatre jours. Pour pratiquer l'énucléation, après avoir nettement délimité la tumeur par le toucher, on pratiquera à sa surface une incision correspondant à peu près à son diamètre antéro-postérieur; avec les doigts introduits dans cette brèche on décortiquera la tumeur (fig. 436);

les instruments inventés et préconisés pour cette décortication sont inutiles. La tumeur, pendant la décortication, aura été saisie avec des pinces, qui serviront ensuite à l'entraîner au dehors. L'hémorrhagie est, en général, faible après la décortication; si elle se produisait, le meilleur moyen de la combattre serait le tamponnement intra-utérin à la gaze iodoformée.

Morcellement. — Le morcellement s'adressera aux tumeurs volumineuses, dont les dimensions dépassent par exemple celles du

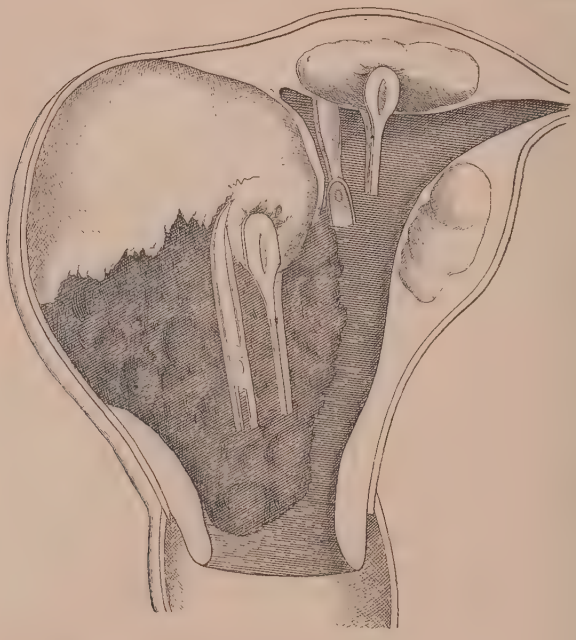


Fig. 437. — Morcellement d'un fibrôme intra-utérin (Pozzi d'après Péan).

poing. Péan, l'auteur de cette méthode, la pratique sans dilatation préalable du col, mais en faisant des incisions libératrices à droite et à gauche du col, l'hémostase étant obtenue à l'aide de pinces : d'une façon générale, la dilatation est cependant préférable, comme pour l'énucléation. Sous la conduite des doigts, la partie la plus saillante de la tumeur est saisie avec une pince, et le fragment ainsi fixé est morcelé à l'aide de longs ciseaux courbes ou avec un bistouri (fig. 437). On enlève ainsi, morceau par morceau, toute la tumeur, et, contrairement à ce qu'on pourrait théoriquement penser, l'hé-

morrhagie est faible. Le principal danger de cette opération, rare d'après les faits, est la perforation de l'utérus; si cet accident survenait, il serait prudent de terminer en pratiquant l'extirpation totale de l'utérus par la voie vaginale.

Nous ne possédons pas encore de statistique nous permettant de juger ces diverses méthodes d'extirpation; bien faites, elles semblent être d'une assez grande bénignité.

5° Castration. — La castration consiste dans l'extirpation des ovaires, à laquelle on joint d'habitude celle des trompes. Elle com-

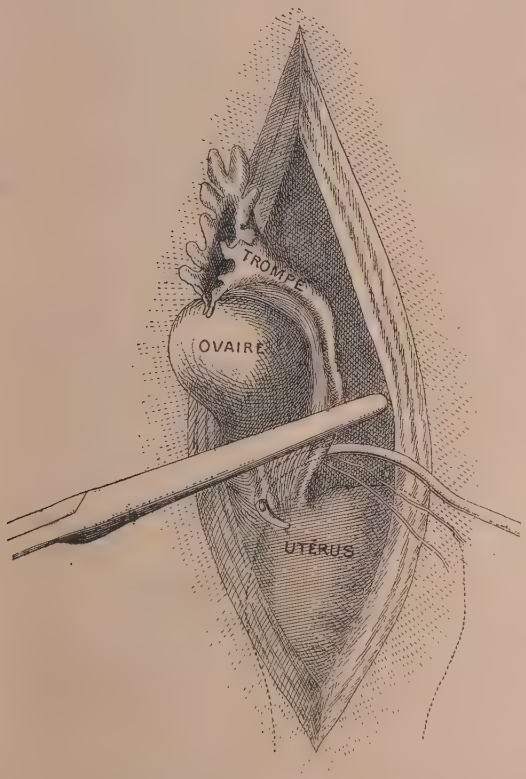


Fig. 438. — Pincement des annexes pour en opérer la ligature.

prend trois temps : ouverture de l'abdomen, extraction des annexes, toilette et fermeture de la plaie abdominale.

1° *Ouverture de l'abdomen.* — Incision sur la ligne médiane de

huit à dix centimètres, suffisante simplement pour introduire trois doigts; la plaie sera ultérieurement agrandie, si on rencontre des difficultés à trouver les organes à extirper.

2° *Extraction des annexes.* — Les index, médius et annulaire, introduits à travers la plaie de la paroi abdominale, vont à la recherche des annexes d'un côté et les attirent au dehors où on les saisit à l'aide d'une pince (fig. 438). Au-dessous de la pince, à un centimètre environ de l'utérus, on passe au centre du pédicule une aiguille mousse chargée d'un fil de soie replié en double. L'aiguille retirée, on fait deux ligatures embrassant en deux fragments tout le pédicule. La section est pratiquée ensuite à un centimètre des sutures. Même opération pour les annexes du côté opposé.

3° *Toilette et fermeture de la plaie abdominale.* — Une éponge montée est introduite dans le cul-de-sac de Douglas pour enlever le sang qui a pu s'épancher pendant l'opération. On s'assure que l'hémostase est bien complète, et on referme la paroi abdominale comme après toute laparotomie.

Sutures abdominales à enlever au dixième jour. Lever au quinzième.

La mortalité opératoire, quand les règles de l'antisepsie sont bien observées, est faible; elle ne semble pas dépasser 5 p. 100. Quelques opérateurs, notamment Lawson-Tait, sont même arrivés à des résultats plus brillants; ce dernier, sur 262 cas, a eu 1,23 p. 100 de mortalité.

La castration a pour effet de décongestionner rapidement les organes génitaux, en produisant une ménopause anticipée. Les fibrômes diminuent parfois très promptement, mais le principal résultat recherché est la cessation des hémorrhagies; or, à cet égard, la castration fournit à peu près les résultats suivants :

Dans la moitié des cas, les hémorrhagies cessent de suite et complètement.

Dans un quart des cas, elles persistent pendant quelques jours, puis cessent ensuite.

Dans le dernier quart, elles persistent parfois sans modifications, mais le plus souvent atténuées.

6° Myomectomie abdominale. — La myomectomie abdominale a pour but l'extirpation par la laparotomie des fibrômes sous-séreux, tout en laissant l'utérus en place.

La meilleure et plus sûre méthode pour l'opérer est l'*énucléation*.

L'abdomen étant ouvert sur la ligne médiane dans une étendue suffisante pour donner facile accès jusqu'à l'utérus pathologique, on prend successivement chaque fibrôme saillant à la face séreuse de l'organe et on lui fait subir l'opération suivante :

Incision circulaire distante d'un ou deux centimètres de la base d'implantation sur le pourtour de la tumeur et à une distance suffisante de l'utérus pour qu'après l'éloignement du fibrôme les deux lèvres de la plaie puissent arriver au contact l'une de l'autre. L'inci-

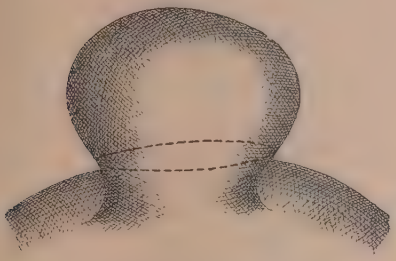


Fig. 439. — Incision pour l'énucléation d'un fibrôme sous-séreux.

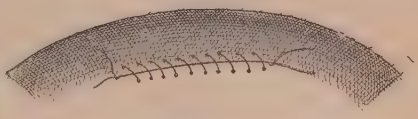


Fig. 440. — Suture continue après l'énucléation d'un fibrôme sous-séreux.

sion opérée, on énuclée la tumeur avec les doigts, ce qui est en général facile, après quoi, à l'aide d'une suture continue à la soie (fig. 440), on ferme la brèche créée par la disparition de la tumeur. Si cette suture ne suffit pas à l'hémostase, on la complète par quelques points séparés aux endroits qui fournissent du sang.

On peut facilement enlever par ce procédé toutes les tumeurs, quel que soit leur volume, pourvu que la base d'implantation sur l'utérus ne dépasse pas cinq centimètres de diamètre.

L'utérus, ainsi débarrassé de ses tumeurs parasites, est laissé en place, ou rentré si exceptionnellement on avait dû l'attirer au dehors pour atteindre un fibrôme peu accessible, puis la paroi abdominale est fermée suivant les règles habituelles[1].

Les statistiques manquent pour apprécier les dangers de l'opéra-

[1] En cas de *fibrôme inclus dans le ligament large*, l'ablation se fera de la même manière que pour les tumeurs sous-séreuses de l'utérus, il faudra seulement inciser le ligament large pour arriver jusqu'au fibrôme, le séparer du tissu cellulaire pour l'enlever et après ablation, fermer par des sutures perdues la poche cellulaire ainsi ouverte, en drainant au besoin par le vagin, si on a quelques craintes de suppuration.

ration; il semble toutefois qu'elle soit plus bénigne que l'hystérectomie partielle, dont l'étude va suivre; en tous cas, elle est moins douloureuse pour les malades comme suites immédiates, car il n'y a pas de constriction du pédicule, source de souffrance pour les opérées.

7° Hystérectomie abdominale partielle. — L'hystérectomie abdominale partielle ou supra-vaginale consiste à pratiquer la laparotomie pour enlever le corps de l'utérus par une section faite au niveau de l'isthme, et à constituer un pédicule avec le col.

Le pédicule peut être fixé dans la plaie abdominale (procédé de Hégar), ou rentré dans l'abdomen où il est abandonné comme un pédicule de kyste ovarien (procédé de Schrœder). Le premier procédé, quoique moins élégant, est le plus sûr, car il expose moins à l'hémorrhagie et à la septicémie, c'est à lui qu'il faut donner la préférence, et c'est le seul que j'aurai en vue dans la description qui va suivre.

L'opération comprend cinq temps : 1° ouverture de l'abdomen; 2° sortie de l'utérus; 3° application du lien élastique; 4° section de l'utérus; 5° toilette et fermeture de l'abdomen.

1° *Ouverture de l'abdomen.* — Ouverture sur la ligne médiane, de longueur suffisante pour permettre la sortie de l'utérus fibromateux.

2° *Sortie de l'utérus.* — La main introduite dans la cavité péritonéale explore la tumeur, surtout au point de vue des adhérences, qui seraient détachées et liées avant toute manœuvre ultérieure. L'utérus libéré sera amené au dehors de l'abdomen à l'aide de la main, pendant qu'un aide repousse la paroi abdominale dans la direction de la colonne vertébrale.

3° *Application du lien élastique.* — Le lien est un tube[1] en caoutchouc rouge, ou plus simplement une sonde de même substance, (calibre n° 12 environ de la filière Charrière). — Ce caoutchouc aura trempé pendant quarante-huit heures au moins dans une solution de bichlorure de mercure au $\frac{1}{1000}$; on l'applique au voisinage de l'isthme de l'utérus, en le passant si possible de telle sorte qu'ovaires et trompes soient extraits avec l'utérus. Les ligaments larges sont d'habitude tombant le long de l'utérus et le lien les embrasse

[1] Le tube est préférable au caoutchouc plein, parce que, à volume égal, il offre une plus grande solidité.

sans difficultés; s'ils présentaient un développement anormal, on commencerait par les lier entre deux ligatures jusqu'au voisinage du point que doit occuper le tube élastique. Le tube est enroulé deux fois autour de l'utérus, assez fortement tendu pour bien étrangler la masse musculaire; pendant qu'un aide tend les deux extrémités, l'opérateur le serre dans une solide ligature de soie.

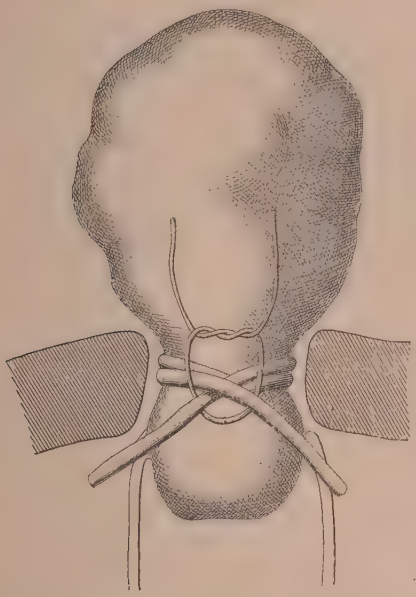


Fig. 441. — Lien élastique passé autour de l'isthme utérin, amené au niveau de la paroi abdominale.

Il faut avoir soin qu'aucun organe autre que l'utérus ne soit comprimé par le lien élastique. Eloigner l'intestin, faire surtout attention à la vessie; si le réservoir vésical remontait jusqu'au niveau où doit être appliqué le caoutchouc, on commencerait par le détacher à l'aide du bistouri ou des doigts; ce décollement fait avec prudence n'est pas dangereux et n'expose à aucune conséquence fâcheuse.

Section à deux centimètres de la ligature.

4° *Section de l'utérus.* — L'utérus est sectionné au bistouri à deux travers de doigt au-dessus du lien élastique, et après la section on égalise le moignon, maintenu à l'aide de pinces de Museux.

5° *Toilette et fermeture de l'abdomen.* — Une ou plusieurs éponges

montées sont glissées dans le cul-de-sac de Douglas, de manière à enlever tout le sang qui a pu s'épancher pendant l'opération ; après quoi on procède à la fermeture de la plaie abdominale. Le péritoine sera d'abord fixé au moignon par une série de sutures (soie), à quelques millimètres au-dessous du lien élastique, de manière à ce que ce lien et les tissus comprimés soient *en dehors du péritoine*. La suture du péritoine sera ensuite continuée dans la portion supérieure de la plaie ainsi que l'indique la figure 442.

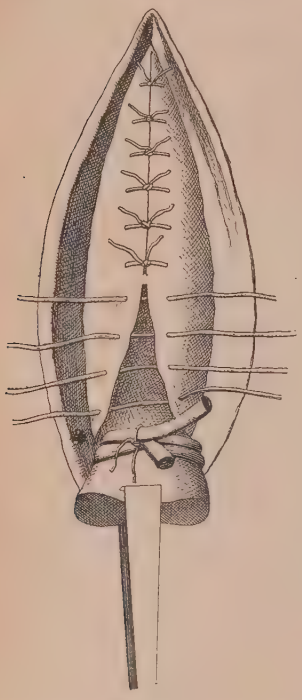


Fig. 442. — Fixation du moignon à l'angle inférieur de la plaie abdominale. Sutures du péritoine.

La plaie abdominale est dans sa partie libre fermée par des sutures interrompues à la soie, comme dans toute laparotomie. Au niveau du moignon, pour maintenir le pédicule, il sera bon de réunir de chaque côté, par deux ou plusieurs sutures à la soie, le tissu utérin à la paroi abdominale. Ces sutures de précaution remplacent avec avantage les broches avec lesquelles on maintient quelquefois le pédicule et qui, par leur rigidité, provoquent des douleurs à chaque mouvement de la femme. Le moignon se trouve ainsi (fig. 443) fixé à la paroi abdominale par des sutures profondes qui sont définitives et des sutures superficielles ou provisoires, qui tomberont spontanément au moment où la muqueuse se mortifie, ou qu'on enlèvera après cinq ou six jours.

Le moignon est enveloppé de gaze iodoformée, recouvert de coton hydrophile. Bandage de corps maintenant le tout.

Le pansement sera renouvelé tous les deux jours et continué à la gaze iodoformée.

La partie du moignon comprimée par le caoutchouc se mortifie et tombe vers le quinzième jour avec le caoutchouc ; à partir de ce moment, la plaie se transforme en un godet granuleux, qui s'oblitère et se cicatrise petit à petit.

La mortalité fournie par cette opération est encore assez élevée.

D'après les statistiques réunies par Pozzi[1], elle est de 25 p. 100 environ, mais il est vraisemblable qu'avec l'expérience ce chiffre s'abaissera.

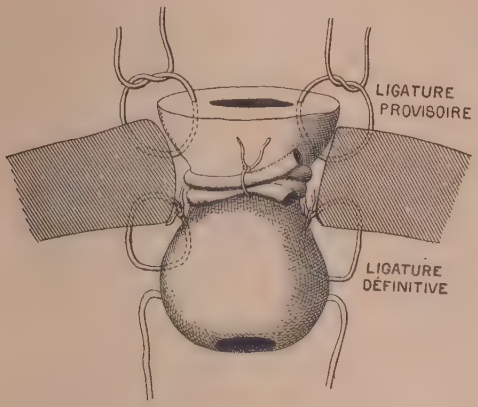


Fig. 443. — Fixation du moignon utérin à la paroi abdominale par des sutures superficielles et profondes.

Les résultats, au point de vue des troubles causés par les tumeurs, sont excellents, car l'opération est réellement curative; elle fait disparaître les fibrômes.

8° Hystérectomie abdominale totale. — Cette opération se pratique d'après les règles précédemment indiquées (p. 422), à propos du cancer de l'utérus.

L'hystérectomie partielle lui est préférable; aussi, à moins qu'une tumeur fibreuse du col n'empêche de constituer le pédicule, faudra-t-il en général avoir recours à cette dernière et réserver l'hystérectomie totale à des cas exceptionnels.

Connaissant les diverses ressources thérapeutiques qu'on peut opposer aux fibrômes, et instruits aussi sur leur danger et sur leur efficacité, voyons, suivant les différents cas cliniques, quelle est la meilleure conduite à tenir.

B. — **Traitement clinique.**

Au point de vue du traitement, les fibrômes se divisent en trois grandes catégories : les *indifférents*, les *hémorrhagiques*, les *douloureux*.

[1] *Traité de gynécologie*, p. 336.

Les premiers sont en général interstitiels, les seconds sous-muqueux et les troisièmes sous-séreux.

Chacune de ces variétés ne saurait être traitée par les mêmes moyens.

1° **Fibrômes indifférents.** — Les fibrômes indifférents, c'est-à-dire ceux par lesquels la santé de la femme se trouve peu ou pas troublée, ne sont pas très rares. Un assez grand nombre de femmes sont atteintes de ces tumeurs sans le savoir, et une circonstance quelconque provoquant l'examen, le plus souvent une grossesse, révèle l'existence de tumeurs non soupçonnées. Mieux vaut laisser sans traitement ces fibrômes indifférents, il sera toujours temps de les traiter le jour où ils troubleront la santé.

2° **Fibrômes hémorrhagiques.** — Les fibrômes hémorrhagiques sont habituellement les sous-muqueux; la chirurgie peut en général les extirper par les voies naturelles.

Toutes les fois que l'extirpation est possible par les voies naturelles et que la tumeur fait dans l'utérus une saillie suffisante pour être enlevée par torsion, énucléation et morcellement, l'intervention radicale est à conseiller, car, bien faite, elle est peu grave et donne la guérison complète.

Mais si la tumeur n'est pas encore suffisamment détachée de la paroi utérine, si elle est encore trop interstitielle ou si les tumeurs sont multiples et ne permettent pas à l'opérateur d'espérer une énucléation complète, mieux vaudra tenter une intervention palliative, soit le curage, soit la castration. Je préfère, en pareil cas, faire le curage à cause de sa bénignité absolue, et je n'ai recours à la castration que si cette première intervention échoue, ou si elle ne donne qu'un succès temporaire.

Mais certaines malades ne veulent à tout prix d'aucune intervention chirurgicale. Chez ces pusillanimes, l'électricité fait souvent merveille et doit être immédiatement conseillée. Si l'électricité échoue, on aura recours à l'un quelconque des moyens médicaux, mais de préférence à l'ergotine et à l'arsenic, sans oublier les eaux minérales quand la malade peut s'offrir ce luxe.

3° **Fibrômes douloureux.** — Les fibrômes douloureux appartiennent le plus souvent à la variété sous-séreuse.

Si la gêne apportée par les tumeurs est tolérable et ne rend pas

la vie trop pénible à la femme, mieux vaudra déconseiller l'intervention chirurgicale et s'en tenir soit à l'électricité, soit aux ressources médicales

Mais si la femme, trop gênée par ses tumeurs, préfère courir le risque d'une opération que de continuer à souffrir de la sorte, le chirurgien fera la laparotomie, et suivant la disposition des tumeurs, il aura recours soit à la castration, soit à l'énucléation, soit à l'hystérectomie partielle, réservant l'hystérectomie totale pour des cas très exceptionnels.

L'énucléation est préférable, quand les tumeurs sont franchement pédiculées et faciles à cueillir ; si outre la tumeur qu'on enlève il en reste un certain nombre d'interstitielles, il sera bon de compléter l'énucléation par la castration qui agira secondairement sur les tumeurs restant en place.

Quand l'énucléation est impossible à cause du volume des tumeurs et de leur base d'implantation, on aura recours à l'hystérectomie partielle, c'est-à-dire sus-vaginale, à la condition que tout le corps de l'utérus soit facilement mobilisable et qu'il n'y ait pas d'adhérences étendues.

Si les adhérences sont étendues, et si l'extirpation du corps de l'utérus ne peut être obtenue qu'au prix de délabrements importants et par conséquent dangereux, mieux vaut ne pas la tenter et se borner à pratiquer la castration.

En résumé :

1° *Fibrômes indifférents :*
Simple expectation.
2° *Fibrômes hémorrhagiques :*
Enlever le ou les fibrômes si l'extirpation est possible et si la femme y consent.
Sinon avoir recours soit à l'électricité, soit au traitement médical.
3° *Fibrômes douloureux :*
Troubles tolérables :
Electricité ou traitement médical.
Troubles intolérables :
Faire la laparotomie, et, suivant la disposition des fibrômes, pratiquer l'énucléation, l'hystérectomie partielle ou la castration.

Dans ce chapitre du traitement, je ne m'occupe pas des fibrômes pendant la grossesse et l'accouchement, car cette question appartient à l'obstétrique.

KYSTES GÉANTS DE L'OVAIRE

SOMMAIRE

Anatomie pathologique.
Variétés.
1. Kystes fermés.
2. Kystes ouverts ou papillaires.
3. Kystes dermoïdes.
4. Kystes mixtes.
Variétés de disposition et d'évolution.

Symptômes et diagnostic.
Symptômes.
1. Phase latente.
2. Phase pelvienne.
3. Phase abdominale.
4. Marche et complications.
Diagnostic.

Traitement.
1. Ovariotomie pédiculée.
2. — sessile.
3. — disséminée.
Dangers, appréciation, complications.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Malgré les importants travaux faits sur l'histologie des kystes ovariens, travaux qui ont éclairci plusieurs points obscurs de leur constitution et de leur pathogénie, il est encore impossible à l'heure actuelle de se baser sur les résultats fournis par le microscope pour classer ces tumeurs et les ranger en catégories distinctes.

L'heure d'une classification parfaite et réellement pratique n'est pas encore venue, et, jusqu'à nouvel ordre, on est obligé d'établir entre les kystes ovariens des distinctions provisoires; aussi, sans nier les défauts de la classification qui va être adoptée, je la propose comme répondant le mieux aux besoins de la clinique.

Les kystes de l'ovaire, auxquels il convient de rattacher cliniquement les kystes du parovarium, forment une classe de tumeurs bénignes, intermédiaires au cancer qui est essentiellement malin, et au fibrôme qui est la tumeur bénigne par excellence. Ils peuvent parfois dégénérer en cancer, nouvelle source de confusion au point de vue clinique.

Les kystes de l'ovaire se répartissent en deux grandes classes

suivant qu'ils peuvent acquérir un grand développement ou qu'ils sont condamnés à conserver de petites dimensions ; par abréviation le terme de *géants* convient aux premiers et de *nains* aux seconds.

Les *kystes nains* comprennent l'*ovaire scléro* ou *séro-kystique*, les *kystes* des *corps jaunes* et les *kystes résiduaux*, ces deux dernières variétés n'ayant guère qu'un intérêt théorique. Ces kystes nains seront étudiés ultérieurement ; la description actuelle est exclusivement réservée aux kystes géants.

Les *kystes géants* répondent à quatre types :

1° *Les kystes fermés ou glandulaires ;*
2° *Les kystes ouverts ou papillaires ;*
3° *Les kystes dermoïdes ;*
4° *Les kystes mixtes.*

1° Kystes fermés ou glandulaires. — Les kystes fermés, c'est-à-dire contitués par des poches essentiellement closes, encore appelés *prolifères* ou *proligères*, sont multiloculaires ou uniloculaires.

Fig. 444. — Kyste multiloculaire de l'ovaire (Cruveilhier).

MM. matière gélatiniforme s'échappant de divers points ouverts. — TT, trompes, la droite très allongée est appliquée sur la tumeur. — LL, ligaments ronds. — U, utérus. — O, ovaire gauche. — KK, bosselure et vésicules de divers ordres faisant saillie à la surface.

Les *multiloculaires* sont composés tantôt de poches complètement closes (fig. 444), tantôt de poches communiquant entre elles (fig. 445), grâce à la résorption d'une partie des cloisons, auquel cas ils sont dits *aréolaires*. Ces poches contiennent un liquide filant, sirupeux, tantôt jaunâtre, tantôt brunâtre, d'aspect chocolaté. La *paralbumine*, que l'analyse révèle dans leur composition, n'est pas pathognomonique ainsi qu'on l'avait d'abord cru, car on la rencontre dans

d'autres tumeurs. La surface des poches est tantôt lisse, tantôt couverte de végétations papillomateuses, qui constituent en quelque sorte le trait d'union entre les kystes fermés et les kystes ouverts essentiellement papillaires.

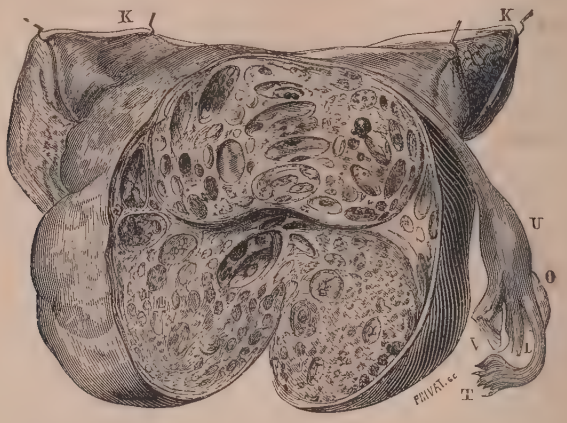


Fig. 445. — Kyste aréolaire de l'ovaire (Cruveilhier).

KK, débris des parois du kyste principal dans lequel était contenu la masse aréolaire. — U, utérus déformé se continuant avec la trompe droite appliquée sur la tumeur. — O, ovaire gauche. — L, ligament rond gauche. — T, trompe gauche. — V, col de l'utérus et partie supérieure du vagin fendue.

Les *uniloculaires* sont formés par une poche unique, à parois lisses, exceptionnellement parsemée à l'intérieur de végétations. Leur contenu est composé par du liquide pur comme de l'eau de roche, et qui diffère essentiellement à cet égard du liquide des kystes multiloculaires.

Les kystes multiloculaires, qui au point de vue histologique, sont d'après Malassez et de Sinéty des épithéliomas mucoïdes (épithélioma n'impliquant pas ici la nature maligne de la tumeur) proviennent de l'ovaire et dérivent d'une évolution vicieuse des tubes de Pflüger. Ces tubes, comme on le sait, forment à l'état normal, par leur scission, les vésicules de de Graaf, dans lesquelles sont enfermés les ovules. Or, sous l'influence d'un processus dont la cause nous est inconnue, les tubes prolifèrent et se transforment en kystes, et, au lieu d'une série de vésicules de de Graaf, on a une multitude de poches kystiques, dont l'ensemble constitue la tumeur ovarienne. Ces kystes sont donc en quelque sorte congénitaux, ils existent en germe à la naissance et se développent au moment propice à leur évolution. Telle est la théorie de Klebs et Waldeyer sur la formation de ces kystes, théorie qui est la plus généralement admise.

Les kystes uniloculaires ont une tout autre origine, ils ne proviennent pas de l'ovaire, mais du parovarium ou corps de Rosenmuller, qui est situé entre l'ovaire et la trompe, et qui est un reste de la vie fœtale (fig. 446). Un des tubes du corps de Rosenmuller, incomplètement obturé, se laisserait distendre par de la sérosité et arriverait à constituer la poche kystique formant la tumeur.

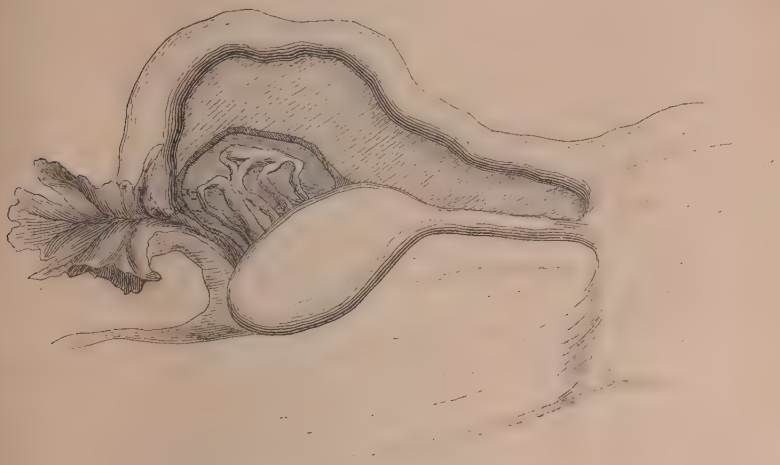


Fig. 446. — Corps de Rosenmuller.

La distinction, généralement admise au point de vue anatomo-pathologique et pathogénique entre les kystes multi et uniloculaires, n'est toutefois pas aussi catégorique qu'elle vient d'être tracée, car quelques kystes uniloculaires peuvent contenir un liquide sirupeux comme les multiloculaires, d'autre part on rencontre parfois un liquide clair dans certains kystes multiloculaires, mais, malgré ces restrictions, la distinction précédemment établie reste vraie en clinique dans la grande majorité des cas.

2° **Kystes ouverts ou papillaires.** — Au lieu des tumeurs essentiellement kystiques et fermées dont il vient d'être question, on peut trouver au niveau de l'ovaire des tumeurs constituées par des amas de végétations papillomateuses, analogues à celle que montre à l'état isolé la figure 447.

Ces tumeurs peuvent prendre l'aspect représenté par les figures

448 et 449, c'est-à-dire que les végétations sont tantôt accumulées,

Fig. 447. — Végétation du péritoine pelvien (Péan).

amoncelées autour de l'ovaire (fig. 449), tantôt plus ou moins répan-

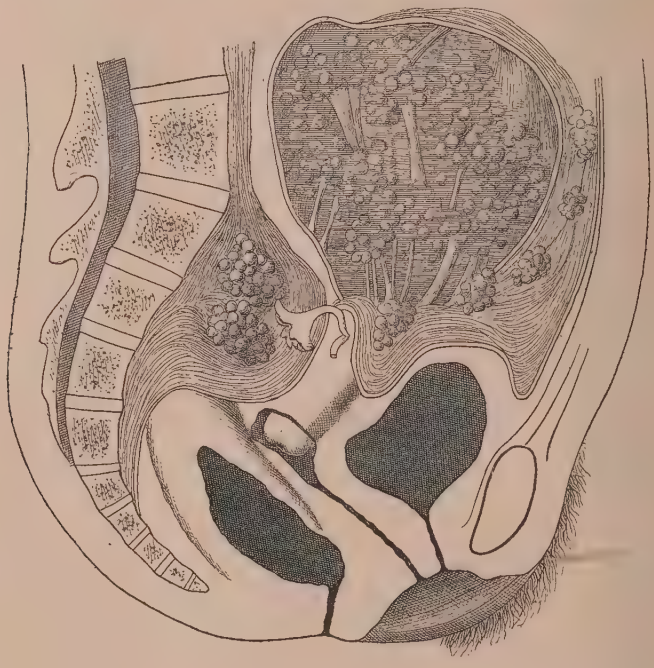


Fig. 448. — Tumeur végétante du péritoine pelvien (Péan).

dues sur les organes voisins et le péritoine (fig. 448).

Ces tumeurs ne mériteraient pas le nom de kystes, car à l'état de complet développement, elles ne rappellent en aucune façon la constitution habituelle de ces tumeurs, c'est-à-dire une poche remplie de liquide; mais cette dénomination sera expliquée et justifiée quand nous connaîtrons leur mode de formation.

Ces végétations prennent en effet naissance dans des cavités kystiques analogues à celles des kystes multiloculaires de l'ovaire, de telle sorte qu'à une période de leur évolution il est impossible de

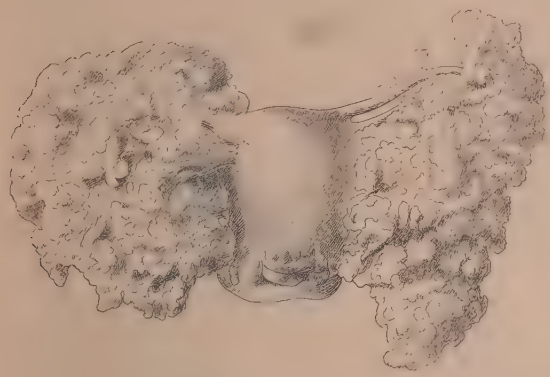


Fig. 449. — Tumeur papillaire de l'ovaire (A. Doran).

les distinguer de ces dernières tumeurs qui contiennent parfois, ainsi que nous l'avons vu, des végétations papillomateuses. Mais ces végétations prennent un développement considérable, elles font éclater la poche qui les enfermait, et s'épanouissent à l'intérieur, de telle sorte que l'enveloppe kystique ayant disparu, on ne voit plus que les végétations.

Les kystes ouverts ou papillaires de l'ovaire, qui sont rares relativement aux fermés précédemment étudiés, ne constituent en somme qu'une variété des kystes multiloculaires de l'ovaire. Ces végétations peuvent exceptionnellement prendre naissance dans les kystes uniloculaires, mais les kystes multiloculaires sont leur origine habituelle.

Ces végétations semblent s'inoculer de proche en proche, de telle sorte qu'elles envahissent le péritoine en une traînée progressive. Le péritoine, irrité par leur présence et par le liquide kystique répandu dans leur intérieur, donne naissance à du liquide ascitique, de telle sorte que l'*ascite est la compagne habituelle de ces*

tumeurs, bien qu'elles ne soient pas de nature maligne, et qu'extirpées elles n'aient pas de tendance à la récidive, à la condition que leur extirpation soit bien complète.

Elles peuvent même ne pas se limiter au péritoine mais envahir la plèvre.

La dégénérescence en carcinôme est possible ; elles cessent alors de constituer une tumeur bénigne pour prendre tous les caractères de la malignité.

3° **Kystes dermoïdes.** — Les kystes dermoïdes constituent des tumeurs relativement rares. La plupart du temps elles ne prennent pas un grand développement dépassant rarement le volume d'une

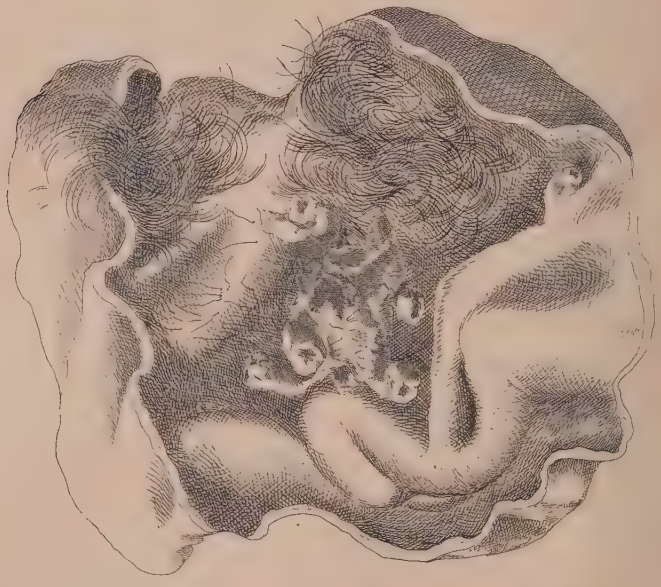


Fig. 450. — Kyste dermoïde de l'ovaire (Jentzer).
(Au centre se trouve un débris de maxillaire pourvu de dents.)

tête de fœtus ; toutefois ce volume étant susceptible de devenir supérieur à celui d'une tête d'adulte, nous avons cru devoir les ranger parmi les kystes géants de l'ovaire.

La poche qui les constitue, est épaisse, tapissée à l'intérieur d'une membrane rappelant la peau par ses caractères microscopiques et macroscopiques ; dans leur intérieur on trouve des dents, des cheveux,

des fragments d'os de cartilages, des ongles, le tout plongeant dans un liquide blanchâtre, lactescent.

Parmi les dernières théories expliquant la formation de ces kystes, celle de l'enclavement est la plus claire et généralement admise. D'après cette théorie, ces kystes seraient produits par l'invagination de l'ectoderme ou feuillet cutané du blastoderme. Cette poche ectodermique isolée au milieu de la cavité abdominale peut contenir les différents éléments qui se développent à ses dépens.

4° **Kystes mixtes.** — Les trois variétés de kystes qui viennent d'être étudiées à l'état isolé peuvent coexister, et former des kystes mixtes, partiellement fermés et partiellement ouverts. Les kystes dermoïdes se compliquent parfois de kystes multiloculaires qui augmentent leur volume dans des proportions considérables, et rendent leur diagnostic anatomo-pathologique difficile au premier abord.

Avant d'aborder l'*étude symptomatique* des kystes ovariens, quelques mots complémentaires sur leur anatomie pathologique sont indispensables.

Au point de vue opératoire, ainsi que nous le verrons au traitement, il importe de distinguer les tumeurs *pédiculées* des *sessiles*.

Les pédiculées sont reliées au ligament large par un trait d'union plus ou moins mince, donnant passage aux vaisseaux nourriciers de la tumeur; plus le pédicule est mince, plus l'ablation du kyste est facile.

Dans d'autres cas, au contraire, la base d'implantation se fait sur une large surface, de telle sorte que le détachement de la tumeur devient impossible.

Les kystes multiloculaires sont ordinairement pédiculés, les uniloculaires et dermoïdes plus volontiers sessiles.

Parfois la base d'implantation est si large que le kyste semble ramper sous le péritoine, et constitue une tumeur rétro-péritonéale à peu près inopérable.

Des *adhérences* s'établissent souvent entre la surface du kyste et les organes voisins, utérus, vessie, intestin, péritoine pariétal. Ces adhérences se vascularisent et, en certains cas, remplacent le pédicule dans la nutrition de la tumeur.

Les kystes de l'ovaire sont susceptibles de s'enflammer et de

suppurer, le plus souvent à la suite d'une ponction aspiratrice; la même intervention donne parfois lieu à la production d'adhérences.

L'*ascite* a déjà été mentionnée comme conséquence possible des kystes de l'ovaire, elle n'existe guère d'une façon notable que dans la forme papillomateuse.

Le pédicule peut, sous l'influence des mouvements imprimés à la tumeur par les contractions de la paroi abdominale, se tordre. Cette torsion étrangle les vaisseaux nourriciers, et elle amène soit la diminution de la tumeur, soit, quand elle se fait brusquement, la gangrène avec développement d'accidents graves ou mortels comme conséquence.

SYMPTÔMES ET DIAGNOSTIC

Les kystes de l'ovaire, qui se développent à toute époque de la vie depuis la deuxième année jusqu'à 75 ans, présentent dans leur évolution clinique trois phases :

Phase latente;
Phase pelvienne;
Phase abdominale.

Phase latente. — La femme éprouve quelques troubles légers, qui pourraient faire penser à une métrite parenchymateuse bénigne, douleurs de reins, à l'hypogastre, malaise et fatigues. L'état maladif est trop peu accentué pour qu'on réclame une assistance médicale. Toutefois, si un examen génital est pratiqué à ce moment, on trouve l'ovaire remplacé, soit d'un, soit des deux côtés, par une tumeur souple, un peu inégale, modérément douloureuse, du volume d'une mandarine à une pomme.

Phase pelvienne. — La tumeur a grossi, elle occupe la plus grande étendue du petit bassin et comprime les organes de la région. Le kyste, volumineux comme le poing ou comme une tête de fœtus, est rencontré dans le bassin, plus ou moins fixé dans l'excavation pelvienne, suivant qu'il est pédiculé ou sessile. La tumeur est inégale, lobée, fluctuante par places, fluctuante en totalité si le kyste est uniloculaire. L'utérus est repoussé en avant quand la tumeur est tombée dans le cul-de-sac de Douglas, souvent il est latéral et incliné en avant.

La femme éprouve des phénomènes de compression du côté du rectum et de la vessie. Les troubles utérins sont faibles et, quand ils existent, se manifestent simplement par une plus grande abondance des règles.

Phase abdominale. — La tumeur, trop volumineuse pour rester dans le pelvis, monte au-dessus du détroit supérieur, envahit la

Fig. 451. — Énorme kyste ovarien (Bright).

cavité abdominale et peut, ainsi qu'en témoigne la figure 451, y prendre un développement considérable.

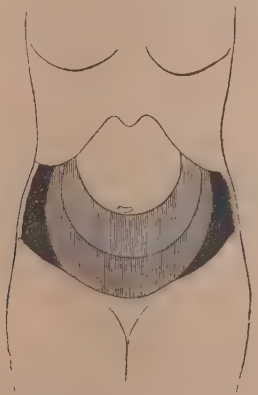


Fig. 452. — Matité de l'ascite.

Fig. 453. — Matité du kyste ovarien.

(Greig Smith.)

Par la palpation on trouve une tumeur volumineuse, inégale dans certaines parties de son étendue, donnant de la matité à l'hy-

pogastre puis à l'ombilic et dans toute la sphère avoisinante, caractère différentiel important avec l'ascite, où la matité occupe les régions déclives, tandis que l'ombilic et l'épigastre restent sonores. — Contrairement à l'ascite, le kyste de l'ovaire, sauf dans certains cas où il est uniloculaire, ne donne pas de sensation de flot. — Avec l'anesthésie, qui sera nécessaire pour éclaircir les cas douteux, la tumeur devient beaucoup plus nette grâce au relâchement de la paroi abdominale.

L'exploration pelvienne par le toucher vaginal montre l'utérus déplacé tantôt en avant, tantôt en arrière, tantôt latéralement, tantôt abaissé en prolapsus. Ces déplacements utérins sont très capricieux.

La femme, par le fait même du développement du kyste, éprouve une gêne plus ou moins considérable ; le ventre est tendu, les veines des parois abdominales sont dilatées. Toute la circulation est gênée par la compression abdominale, les membres inférieurs deviennent le siège d'œdème, de même parfois que la paroi abdominale dans la région hypogastrique.

La *marche* des kystes de l'ovaire est en général assez lente, ils mettent plusieurs années, dix, vingt, trente ans et même davantage, pour arriver à leur complet développement, et, s'ils ne sont pas opérés, ils amènent la mort de la malade soit par cachexie progressive, soit par des complications rénales (compression des reins ou des uretères), soit par des complications cardiaques (la gêne de la circulation pouvant avec un cœur déjà malade faire éclore l'asystolie).

Ces kystes sont susceptibles dans leur évolution de diverses *complications*, dont il a déjà été dit quelques mots à propos de l'anatomie pathologique.

C'est ainsi qu'ils peuvent *s'enflammer et suppurer*, on verra alors se développer les symptômes de la péritonite. Si l'inflammation est superficielle, elle donne lieu à une douleur localisée, se révélant à la palpation par la sensation de *neige écrasée*, et aboutit à la formation d'adhérences très ennuyeuses pour l'opérateur.

La torsion du pédicule est capable d'amener des phénomènes d'inflammation avec complication de gangrène et péritonite mortelle à la suite. Quand cette torsion du pédicule n'est que temporaire, les accidents qu'elle produit se montrent d'une façon intermittente.

La rupture des kystes dans certaines variétés fait partie même de

l'évolution de la tumeur, dans les kystes papillaires par exemple; dans d'autres cas, elle constitue, quand le kyste est volumineux, un accident grave pouvant amener une péritonite promptement mortelle. Cette perforation se faisant soit dans le péritoine, soit dans l'intestin, soit dans le vagin, soit dans la vessie, soit enfin à l'extérieur à travers la peau amincie, peut, dans des cas très exceptionnels, amener la guérison de la tumeur.

Malgré l'existence d'un kyste de l'ovaire, la grossesse est possible, elle peut même évoluer jusqu'à terme et se terminer par un accouchement normal. Ces cas complexes rendent le diagnostic difficile, et au point de vue du kyste, et au point de vue de la grossesse.

J'emprunte au docteur Skene, avec quelques légères modifications[1], les éléments du diagnostic différentiel qui suivent :

DIAGNOSTIC ENTRE L'HYDROSALPINX ET LE KYSTE OVARIQUE

Hydrosalpinx.	**Kyste ovarique** (3e phase).
Très rare, tumeur contournée sur elle-même, monokystique.	Ni rare, ni contourné, deux formes (mono et polykystique).
Développement très lent, probablement 8 ou 10 ans au moins.	Développement rapide.
Santé peu atteinte.	Santé plus rapidement altérée.
Liquide par intervalle versé dans le vagin, en général clair, cependant variable, contient du mucus.	Pas d'écoulement par le vagin, contient de l'albumine, mais pas de mucus.
Se remplit lentement après la ponction.	Se remplit rapidement.

DIAGNOSTIC ENTRE LA GROSSESSE NORMALE ET LE KYSTE OVARIQUE

Grossesse normale de cinq mois et demi ou davantage.	**Kyste ovarique dans la seconde ou troisième phase.**
Développement rapide, symétrique, ou avec inclinaison légère du côté droit.	Développement lent, asymétrique jusqu'à la troisième phase.
Etat général bon.	Emaciation, inquiétude.
Veines superficielles de l'abdomen moins développées. Œdème périmalléolaire assez fréquent après sept mois.	Veines abdominales dilatées, œdème à une période avancée, exceptionnellement 1 à 2 ans après le début.
Poitrine non conique.	Poitrine conique, si la distension abdominale est accentuée.

[1] *Treatise of the diseases of Women.* 1889, p. 501.

Pas de fluctuation nette à moins d'hydramnios.	Fluctuation très nette dans les kystes uniloculaires.
Menstruation supprimée.	La menstruation n'est supprimée qu'à une période avancée de la maladie.
Toucher vaginal donne ramollissement et raccourcissement apparent du col, avec augmentation du volume du corps.	Aucune modification analogue de l'utérus ; utérus déplacé le plus souvent en arrière du kyste.
Ballottement fœtal.	Pas de ballottement semblable, et rarement sensation pouvant le simuler.
Bruits du cœur fœtal.	Pas.
Mouvements fœtaux.	Pas.
Hypertrophie mammaire.	Se produit rarement.
Aréole pigmentée à la première grossesse.	Pas.
Développement en neuf mois.	Développement en 1 ou 3 ans.

DIAGNOSTIC ENTRE LE FIBROME UTÉRIN ET LE KYSTE OVARIQUE

Fibrôme utérin.	(Kyste ovarique phase abdominale).
Développement lent.	Plus rapide.
Santé générale moins atteinte.	Plus atteinte.
Abdomen asymétrique.	Plus symétrique.
Pas de développement des veines abdominales.	Développement des veines abdominales.
Fonctionnement rénal normal.	Entravé.
Pas d'aménorrhée, souvent des ménorrhagies.	Aménorrhée.
Sensibilité à la palpation, surtout pendant les règles.	Pas de sensibilité.
Elasticité marquée, pas de fluctuation.	Fluctuation dans la forme uniloculaire.
Surface lobulée et solide.	Surface plus unie, résistante.
Par le toucher, tumeur dure et résistante, ordinairement continue avec l'utérus, qui est hypertrophié et pesant.	Tumeur fluctuante distincte de l'utérus qui est normal.
Utérus se meut avec tumeur.	Utérus indépendant de la tumeur.
Cavité utérine augmentée de volume.	Cavité utérine normale.
Ponction, résultats négatifs.	Résultats positifs.

DIAGNOSTIC ENTRE LES FIBROMES KYSTIQUES DE L'UTÉRUS ET LES KYSTES DE L'OVAIRE

Fibrôme kystique.	Kyste de l'ovaire.
Survient presque toujours après trente ans.	Survient aussi bien avant qu'après trente ans.

Tumeur rare et à développement lent au début.

Santé générale se maintenant bonne pendant longtemps.

Pas de développement des veines abdominales.

Ombilic non proéminent.

Pas d'aménorrhée, rarement des métrorrhagies.

Reins normaux.

Sensibilité à la pression.

Au toucher, tumeur plus ferme, souvent continue avec l'utérus.

Tumeur suit les mouvements de l'utérus.

Cavité utérine généralement augmentée.

Contenu jaune séreux avec un peu d'albumine ou de lymphe fibrineuse, coagulable spontanément, pouvant devenir brunâtre à la suite d'hémorrhagie.

(Après laparotomie.) Paroi kystique avec coloration violacée, très vasculaire.

Tumeur fréquente et à développement plus rapide.

Santé générale plus tôt atteinte.

Développement des veines abdominales.

Ombilic proéminent.

Aménorrhée.

Reins peu actifs.

Pas de sensibilité.

Tumeur fluctuante non continue avec l'utérus.

Indépendance.

Cavité utérine normale.

Liquide clair et limpide dans les kystes monoloculaires. Liquide colloïde, sirupeux dans les kystes multiloculaires, très albumineux.

Paroi kystique plus pâle et moins vasculaire.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL ENTRE UNE HYDROPISIE ENKYSTÉE ET UN KYSTE OVARIQUE

Hydropisie enkystée.	Kyste ovarique.
Très rare. Lent développement.	Fréquent, plus rapide développement.
Précédée par des atteintes de péritonite.	Pas d'atteintes semblables.
Ni dyspnée, ni troubles de digestion.	Existent souvent.
Abdomen non proéminent, mais déprimé en certaines régions.	Abdomen proéminent.
Pas de développement des veines, pas d'œdème des extrémités.	Veines dilatées. L'œdème des extrémités n'est pas très rare.
Fluctuation peu nette ou limitée.	Fluctuation nette, quand le kyste est uniloculaire.
Pas de tumeur au toucher vaginal.	Tumeur au toucher.
Utérus en place, quelquefois fixé par des adhérences,	Utérus en général repoussé en arrière par la tumeur.
Ponction ne donnant qu'une faible quantité de liquide.	Quantité de liquide plus abondante, parfois très abondante.
Le liquide a les caractères de celui de l'ascite.	Liquide limpide dans les kystes uniloculaires, sirupeux dans les multiloculaires.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL ENTRE L'ASCITE ET LE KYSTE OVARIQUE

Ascite.	Kyste ovarique.
Maladie antérieure.	Bon état antérieur de santé.
Développement relativement rapide.	Développement relativement lent.
Visage plein, bouffi.	Visage émacié, spécial.
La malade étant sur le dos, développement symétrique du ventre, aplati dans la région ombilicale.	Développement moins symétrique, saillant en général au niveau de l'ombilic.
La malade couchée sur le côté, les côtés s'aplatissent.	Les côtés ne changent pas de forme.
Quand la malade se lève, l'abdomen plonge.	Modification nulle ou faible dans la forme de l'abdomen.
Œdème des extrémités et souvent de la paroi abdominale.	Œdème plus rare et moins marqué.
Abdomen plus élargi.	Moins élargi.
Pas de saillie des fausses côtes.	Fausses côtes écartées, donnant au thorax la forme conique.
Ombilic aminci et proéminent.	Pas d'amincissement aussi marqué de l'ombilic, bien qu'il puisse être proéminent.
Fluctuation très nette, ne dépassant pas un même plan horizontal.	Fluctuation moins nette à moins de kyste uniloculaire, limitée au kyste, plus marquée à la partie la plus saillante de l'abdomen.
Percussion : matité dans la partie déclive de l'abdomen, et sonorité aux parties les plus saillantes. Se modifie avec le changement de situation de la malade.	Matité dans la partie la plus saillante de l'abdomen et au contraire sonorité dans les flancs; se modifie peu avec les changements de situation de la malade.
Les pulsations aortiques ne sont pas senties à travers la paroi abdominale.	Pulsations aortiques transmises à la paroi par l'intermédiaire du kyste.
Par le toucher rectal ou vaginal on peut trouver la fluctuation.	Quand la fluctuation existe, elle est moins nette.
Utérus normal en volume, mobile, quelquefois abaissé.	Utérus en général rétropulsé par la tumeur.
Liquide, coloration paille, se coagule spontanément, contient de l'albumine, et des corpuscules amiboïdes.	Liquide soit transparent (k. uniloculaire), soit sirupeux (k. multiloculaire).
Anémie prompte.	Anémie plus tardive.
Les hydragogues et les diurétiques amènent une amélioration temporaire.	Ces remèdes ne produisent aucun effet salutaire.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL ENTRE LES KYSTES DU PAROVARIUM, DE L'OVAIRE ET LES KYSTES DERMOIDES

Kyste du parovarium.	Kyste de l'ovaire.	Kyste dermoïde.
Rare. Développement lent, toujours uniloculaire.	Fréquent, développement plus rapide, multiloculaire.	Développement très lent.
De préférence chez femme jeune.	A tout âge.	Tumeur congénitale.
Santé générale peu atteinte.	Plus atteinte.	Atteinte tardivement.
Veines abdominales peu développées.	Veines abdominales plus développées.	Veines abdominales peu développées à moins de grand volume de la tumeur.
Fluctuation nette.	Fluctuation vague.	Pas de fluctuation.
Utérus abaissé.	Utérus le plus souvent repoussé en arrière.	Utérus repoussé en arrière ou latéralement.
Au toucher fluctuation nette.	Fluctuation vague.	Pas de fluctuation.
Liquide ne contenant pas d'albumine limpide, faible densité 1005.	Liquide épais contenant beaucoup d'albumine, densité 1015 ou davantage.	Liquide lactescent non albumineux, en partie soluble dans l'éther, présence de cheveux, dents, fragment d'os et de cartilage.
Se reproduit rarement ou lentement après la ponction.	Se reproduit après la ponction.	Se reproduit après la ponction.
Très rarement fatal.	Presque toujours fatal, quand pas d'intervention.	Rarement fatal.
Ventre uni, symétrique quand le kyste devient volumineux.	Ventre, plus inégal et asymétrique avec même volume.	Ventre asymétrique.
Aménorrhée tardive.	Aménorrhée plus précoce.	Aménorrhée tardive.
Pédicule large ou nul.	Pédicule est le même	Pédicule variable.
Adhérences assez rares.	Adhérences fréquentes.	Adhérences assez fréquentes.
Développement, peut être considérable.	Développement de même.	Développement d'habitude faible, exceptionnellement prononcé.

TRAITEMENT

Les moyens médicaux, de même que la ponction, sont abandonnés dans la thérapeutique des kystes de l'ovaire; le seul traitement accepté à l'heure actuelle est l'*ovariotomie*, c'est-à-dire l'ablation de la tumeur par la laparotomie.

L'ovariotomie différera suivant qu'on a affaire :

1° A un kyste pédiculé (ordinairement multiloculaire) : *ovariotomie pédiculée ;*

2° A un kyste sessile (ordinairement uniloculaire ou dermoïde) : *ovariotomie sessile;*

3° A un kyste papillaire (kyste ouvert) : *ovariotomie disséminée.*

1. Ovariotomie pédiculée. — L'ovariotomie se fait en quatre temps :

1° ouverture de l'abdomen; 2° extraction du kyste; 3° ligature et section du pédicule; 4° toilette et sutures de l'abdomen.

1° *Ouverture de l'abdomen.* — Incision médiane sur la ligne ombilico-pubienne, de quatre travers de doigts.

2° *Extraction du kyste.* — Pour extraire le kyste, il faut d'abord en vider le contenu à l'aide d'un trocart évacuateur (fig. 454). A

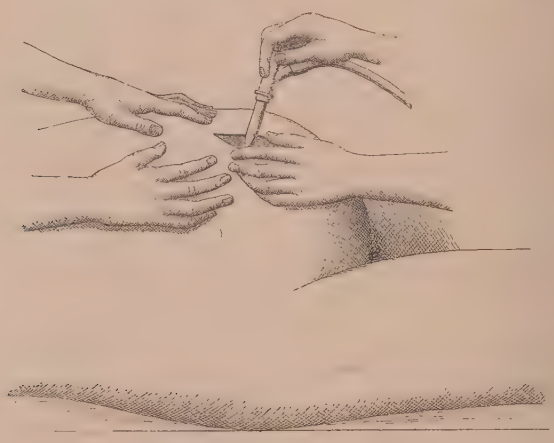


Fig. 454. — Ponction du kyste ovarien après ouverture de l'abdomen (Courty).

mesure que le kyste se vide, les parois attirées par de fortes pinces sont amenées au dehors. Aussitôt que la diminution du volume du kyste permettra l'introduction facile de la main dans la cavité péritonéale, on s'assurera par l'exploration manuelle qu'il n'existe pas d'adhérences (fig. 455). S'il s'en trouvait, on les détacherait et on ferait au besoin l'hémostase avec des ligatures à la soie fine.

Si le kyste est multiloculaire, on ponctionnera successivement les diverses poches jusqu'à ce que la tumeur soit assez réduite pour franchir la plaie abdominale, à travers laquelle on opère un véritable accouchement tumoral. Si on craint avec le trocart de franchir les

limites de la tumeur et de blesser les organes voisins, on fera

Fig. 455. — Recherche et libération des adhérences (Courty).

(fig. 456) pénétrer la main même dans l'intérieur de la tumeur et

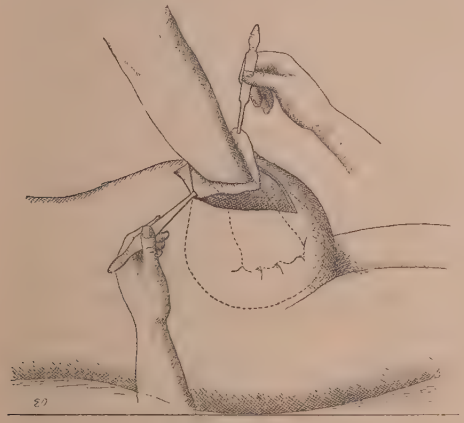


Fig. 456. — Évidement d'une tumeur polykystique (Courty).

avec les doigts on ouvrira les poches kystiques, de manière à amener l'évacuation de leur contenu.

3° *Ligature et section du pédicule.* — Quand la tumeur est extraite hors de la cavité abdominale et maintenue à l'extérieur par un aide,

on pince le pédicule et on le sectionne à deux bons centimètres au-dessus du pincement (fig. 457) ; après quoi, au-dessous de la pince, on lie le pédicule en bloc ou en 2 parties à l'aide d'une soie solide.

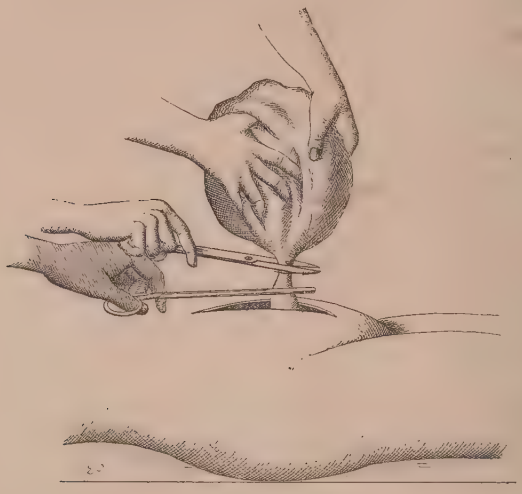


Fig. 457. — Pincement et section du pédicule.

Après s'être assuré que l'hémostase est suffisante, on nettoie la surface du pédicule avec une solution phéniquée au $\frac{1}{20}$ ou sublimée au $\frac{1}{1000}$, et on le laisse retomber dans la cavité péritonéale.

Si l'ovaire du côté opposé est également le siège d'une tumeur, on l'opère suivant la même méthode.

4° *Toilette et sutures de l'abdomen.* — Les tumeurs enlevées, l'opérateur nettoie le petit bassin et surtout le cul-de-sac de Douglas avec des éponges montées, puis referme la plaie abdominale comme après toute laparotomie.

Pansement : iodoforme, gaze iodoformée, coton hydrophile, ceinture de flanelle.

Les sutures seront enlevées au dixième jour.

Lever au quinzième jour, à moins de complications.

2. **Ovariotomie sessile.** — Les deux premiers temps se font comme dans l'ovariotomie pédiculée ; les différences commencent au troisième temps, car il devient ici impossible de constituer un pédicule.

On procédera alors soit par *énucléation,* soit par *marsupialisation.*

Enucléation. — L'énucléation consistera à séparer la séreuse de la tumeur et à détacher le kyste, à l'aide des doigts, de la loge à laquelle il se trouve adhérent. Le kyste ainsi énucléé laisse à sa place une poche plus ou moins volumineuse, destinée à suppurer et qu'il faut par conséquent drainer. Suivant la disposition des parties, on fera le drainage soit par la paroi abdominale (fig. 458), les

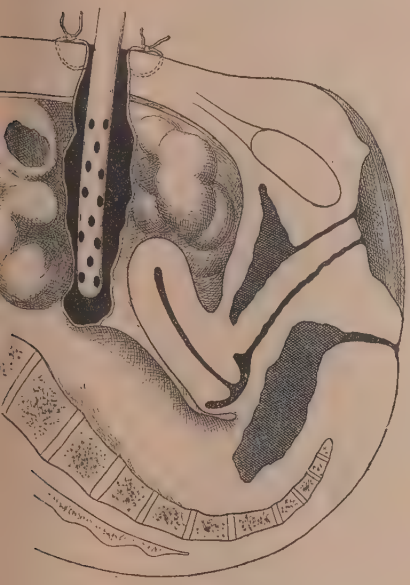


Fig. 458. — Drainage abdominal.

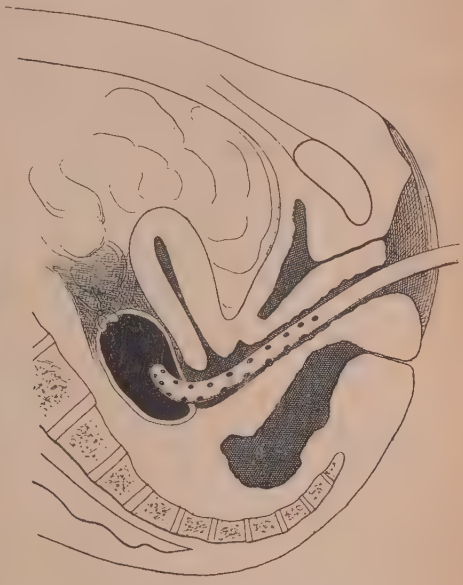


Fig. 459. — Drainage vaginal.

bords de la poche étant suturés à l'ouverture abdominale, soit par le vagin (fig. 459), qu'on aura ouvert dans ce but; l'ouverture de la poche est alors refermée par une série de sutures du côté péritonéal, et la plaie abdominale également suturée comme après une ovariotomie pédiculée.

Le drainage sera fait à l'aide de deux tubes en caoutchouc gros comme le petit doigt et accolés l'un à l'autre en canon de fusil double ou avec un seul tube du volume du pouce. On complétera le drainage par un tamponnement à la gaze iodoformée qu'on laissera quarante-huit heures en place.

Le drain ne sera enlevé que lorsque la poche suppurante, très

diminuée de volume, ne fournira plus qu'une petite quantité de pus.

Marsupialisation. — Cette expression, d'origine américaine, signifie qu'on crée à la paroi abdominale une poche analogue à celle dont sont munies à l'état normal les sarrigues, mammifères de l'ordre des *marsupiaux*.

On extrait du kyste tout ce qu'il est possible de détacher et d'enlever, après quoi on fixe la paroi de la poche à la plaie abdominale

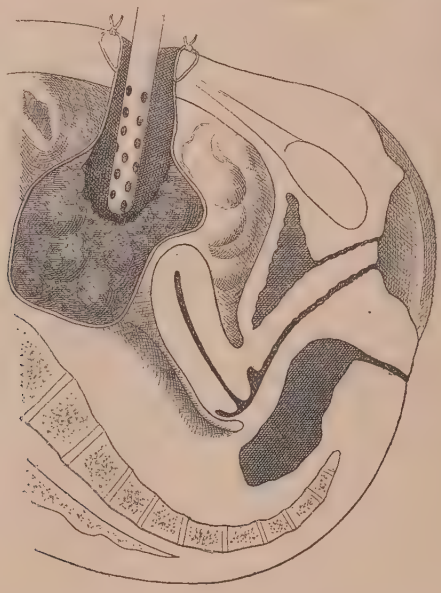


Fig. 460. — Drainage après marsupialisation.

Le sac ainsi constitué a pour base la portion de la tumeur qu'il a été impossible de réséquer. Drainage. La cavité suppure et l'inflammation éliminatrice détache petit à petit les débris de la tumeur. Ce procédé ne doit être choisi que comme pis-aller, car il donne lieu à une élimination prolongée et à une suppuration interminable, qui ne prennent fin le plus souvent qu'à la mort de la malade. Mieux vaut, si au début de l'opération on prévoit que ce procédé sera seul applicable, s'abstenir, mais quand on a commencé l'énucléation avec espoir de la mener à bien, on terminera par la marsupialisation, si, au cours de l'opération, on juge impossible de la compléter.

3. **Ovariotomie disséminée.** — L'ovariotomie disséminée s'adresse aux kystes papillaires; chaque tumeur végétante est liée à sa base par un fil de soie et détachée à l'aide de l'instrument tranchant. On procède de la même manière pour toutes les tumeurs végétantes, jusqu'à ce qu'il n'en reste plus dans la cavité péritonéale.

L'ablation doit être complète, sinon la persistance d'une seule de ces tumeurs peut devenir le point de départ de la repullulation.

Le liquide ascitique étant évacué, on referme l'abdomen comme après toute laparotomie.

Dangers, appréciation, complications. — Les trois principaux dangers de l'ovariotomie, en dehors de l'hémorrhagie, sont les blessures de l'intestin, de la vessie et de l'uretère.

En cas d'*ouverture de l'intestin*, la plaie sera suturée à l'aide de points interrompus faits avec de la soie très fine.

Même précaution si la *vessie* a été ouverte; on fera de préférence la ligature en deux étages, une pour la paroi musculaire, l'autre pour la séreuse. La suture continue à la soie est ici préférable à la suture à points interrompus.

L'accident le plus terrible pour l'opérateur est la blessure de l'*uretère*, à cause des difficultés qu'on éprouve à y porter remède. Si la blessure est superficielle, on se contentera de sutures fermant la plaie tout en respectant le canal uretérien. Mais si l'uretère est complètement rompu, cette suture devient impossible, et l'introduction d'une sonde dans les deux bouts du canal déchiré est un procédé plus théorique que pratique. Mieux vaudra en pareil cas tenter d'aboucher l'uretère dans le vagin, dans le rectum ou dans la paroi abdominale vers sa partie latéro-postérieure; s'il y a impossibilité, on créera autour du bout divisé une petite cavité dans laquelle on pratiquera le tamponnement à la gaze iodoformée; on formera ainsi un petit réservoir qui communiquant avec la plaie abdominale, permettra à l'urine de se déverser au dehors. Dans certains cas où l'opérée serait susceptible de supporter le traumatisme additionnel d'une néphrectomie, on pourrait la pratiquer dans la même séance par la voie transpéritonéale. Ces faits de blessures uretériennes sont des plus graves par leurs suites et entraînent le plus souvent la mort.

La gravité de l'ovariotomie dépend beaucoup des cas auxquels elle s'adresse.

Une ovariotomie pédiculée simple est bénigne et doit à peine donner 5 p. 100 de mortalité.

L'ovariotomie sessile devient de suite plus grave.

L'ovariotomie disséminée, contrairement à ce que la théorie pourrait faire prévoir, donne d'assez bons résultats quand l'opération est bien complète.

Les accidents susceptibles d'emporter la malade sont, après l'ovariotomie comme après toute laparotomie, l'hémorrhagie, la péritonite septique, le shock, la phlébite amenant l'embolie, les complications rénales, exceptionnellement le tétanos.

8. — PHYSOMÉTRIE

La physométrie ou le physomètre, encore dénommée emphysème utérin, hystérophyse, tympanisme utérin, est constituée par l'accumulation des gaz dans l'intérieur de la cavité utérine.

Cette affection très exceptionnelle peut se produire pendant la puerpéralité ou en dehors d'elle.

Pendant la puerpéralité, après la délivrance, l'utérus est vaste et l'air peut y pénétrer, mais il ne tardera pas à être expulsé par la contraction de l'organe ; dans le cours des suites des couches un fragment placentaire ou autre peut donner naissance à la production de gaz putrides qui, si l'orifice utérin est obturé par un débris quelconque, s'accumuleront dans l'utérus et donneront lieu au physomètre.

En dehors de la puerpéralité, l'affection se présente avec les allures cliniques qu'indique bien l'observation suivante de Yarrow[1].

Une négresse de 46 ans, arrivée à l'époque de la ménopause et présentant un embonpoint assez considérable, n'avait pas eu ses règles depuis à peu près treize mois ; d'après ses calculs, comme elle était certaine d'être enceinte, son terme était dépassé de quatre mois. Elle fit appeler un médecin en le priant de vouloir bien la faire accoucher. Ce médecin, quoique peu convaincu de la grossesse, fit appeler le Dr Yarrow, en lui demandant d'apporter tous les instruments nécessaires pour l'opération césarienne, au cas où cette opération serait indiquée. Après un examen attentif de la malade, l'opérateur pour éclairer le diagnostic, introduisit un

[1] *Am. journ. of obstetrics*, août 1883.

hystéromètre dans la cavité utérine, et quel ne fut pas son étonnement d'entendre sortir pendant près d'une demi-minute et avec impétuosité des gaz inodores provenant de l'utérus. Cette évacuation ramena l'utérus à ses proportions normales et la malade fut ainsi guérie.

Non moins intéressant est le cas publié par le Dr Leyral dans la *Gazette des Hôpitaux* de 1862. La malade était âgée de 24 ans ; quelques années auparavant accouchement, dont l'issue avait été heureuse. Elle se croyait de nouveau enceinte, puis au neuvième, dixième et onzième mois l'accouchement n'ayant pas lieu, elle fit appeler le Dr Leyral, qui put constater une augmentation considérable de l'utérus, plus développé que ne le comporte une grossesse à terme ; mais par la percussion de l'organe on avait de la sonorité, ce qui permit de diagnostiquer le contenu gazeux de l'organe. L'évacuation en fut difficile, car le col utérin soit par le doigt, soit par le spéculum pouvait à peine être atteint, et ce n'est qu'en plaçant la malade dans un bain, et par des pressions énergiques sur l'abdomen qu'on put amener la sortie du contenu.

Comme pathogénie de cette affection, on a admis soit la sécrétion des gaz par la paroi utérine, soit la rétention des débris intra-utérins avec occlusion momentanée du canal cervical : ces débris en se putréfiant amènent le dégagement de gaz, qui s'accompagnent en pareil cas d'une odeur nauséabonde marquée.

Traitement : rétablir la perméabilité du canal utérin ; laver la cavité utérine.

9. — HYDROMÉTRIE

Une femme aménorrhéique ou ayant franchi l'époque de la ménopause est atteinte d'endométrite. Pour une cause quelconque l'orifice interne de l'utérus s'oblitère. Toutes les mucosités vont forcément s'accumuler dans la cavité utérine, il se produit une *mucométrie*, ou si la secrétion est plutôt séreuse, claire, de l'*hydrométrie*, nom générique sous lequel on englobe toutes les collections séro-muqueuses intra-utérines. En cas d'endométrite purulente on aurait, par le même mécanisme, une *pyométrie*.

L'hydrométrie est un accident excessivement rare auquel on remédiera soit en rétablissant la perméabilité du canal utérin alors que cela est possible, soit en ponctionnant l'utérus pour le débarrasser de son contenu.

10. — HÉMATOMÉTRIE

L'hématométrie ou accumulation de sang dans l'intérieur de l'utérus, résulte ordinairement d'une imperforation des organes génitaux et a été étudiée au chapitre *Malformations*. Une autre variété pathogénique beaucoup plus rare peut provenir d'une oblitération accidentelle du col, par un polype ou par un rétrécissement cicatriciel, suite de cautérisations trop énergiques.

Dans l'un comme dans l'autre cas, la thérapeutique consiste à rétablir la perméabilité des voies génitales.

11. — KYSTES HYDATIQUES DE L'UTÉRUS

Il existe dans la science quelques cas de kystes hydatiques de l'utérus, et quelques cas encore plus rares de kystes simples. Il nous suffit de signaler ici ces curiosités pathologiques.

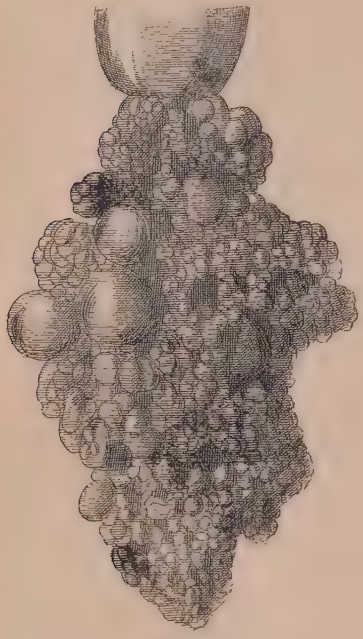


Fig. 461. — Polypes glandulaires (G. Thomas).

12. — POLYPES MUQUEUX DE L'UTÉRUS

Les polypes muqueux, essentiellement distincts des polypes fibreux avec lesquels il ne faut pas les confondre, sont à la muqueuse utérine ce que les polypes fibreux sont à la paroi musculaire ; les uns sont les polypes de la muqueuse, les autres les polypes de la musculaire.

Ils sont constitués par une malformation et une hypertrophie des glandes de la muqueuse utérine, et peuvent siéger au niveau du corps comme au niveau du col.

Leur volume varie de celui d'une lentille à celui d'une noix, exceptionnellement ils deviennent plus gros.

Tantôt uniques et isolés, ils sont le plus souvent multiples.

Les différentes formes qu'ils peuvent affecter sont esquissées par les figures ci-jointes.

Figure 461. — Volumineux polypes muqueux, implantés sur le col de l'utérus et faisant saillie dans le vagin ainsi que l'indique la figure 462.

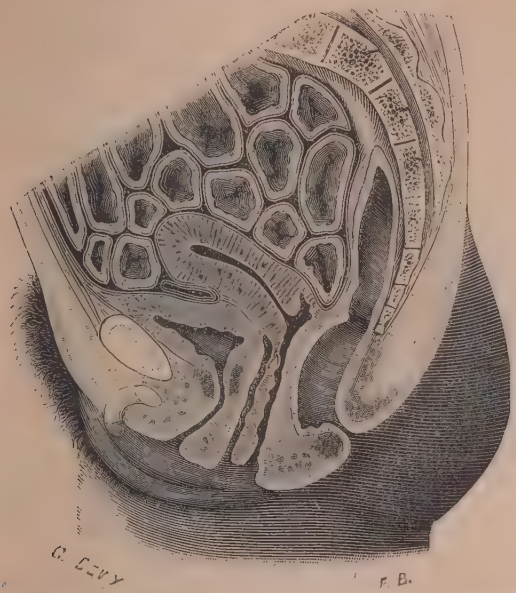


Fig. 462. — Polypes glandulaires appendus à la lèvre antérieure de l'utérus (Schrœder).

Figure 463. — Petits polypes muqueux implantés dans la cavité cervicale et faisant saillie à travers l'orifice externe.

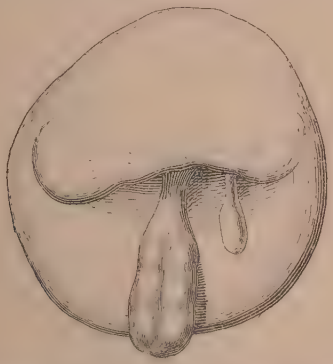


Fig. 463. — Polypes muqueux d'origine intra-cervicale et s'échappant à travers l'orifice externe (Schrœder).

Figure 464. — Petits polypes muqueux implantés dans la cavité cervicale et ne faisant pas saillie à travers l'orifice externe.

Figure 465. — Polypes muqueux constituant un véritable semis dans toute la cavité utérine.

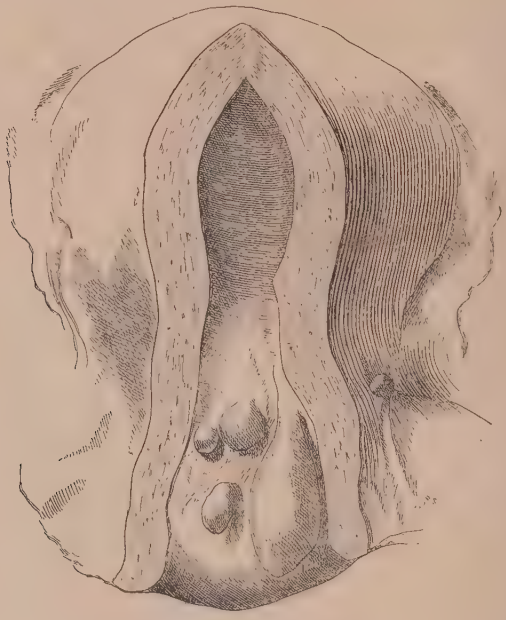


Fig. 464. — Polypes muqueux intra-cervicaux (J.-Y. Simpson).

La consistance et le faible volume de ces polypes muqueux empêchent de les confondre avec les polypes fibreux.

Fig. 465. — Polypes muqueux multiples occupant la cavité utérine (Beigel).

Le microscope seul permettra de les distinguer de certaines productions malignes pédiculées et des restes de placentas constituant ce qu'on a désigné sous le nom de *polypes placentaires;* dans ce dernier cas la méprise est d'ailleurs de faible importance, car le traitement et le pronostic sont identiques.

Les polypes muqueux sont ordinairement la conséquence de l'endométrite chronique avec laquelle ils se confondent au point de vue des symptômes subjectifs.

Le traitement est essentiellement chirurgical et consiste dans le curage complet et soigné de la cavité uté-

rine. Ces polypes tombent sans difficulté sous l'action de la curette. Ils récidivent rarement quand ils ont été bien complètement enlevés.

13. — HYDROSALPINX — 14. HÉMATOSALPINX — 15. PYOSALPINX

La cavité des trompes peut devenir kystique par l'oblitération de ses deux extrémités, et être distendue par de la sérosité, du sang ou du pus. On a alors :

Collection séreuse : *Hydrosalpinx ;*
Collection sanguine : *Hématosalpinx ;*
Collection purulente : *Pyosalpinx.*

Ces collections sont fréquentes au niveau de la trompe, contrairement à ce qu'on observe pour l'utérus où elles sont rares ; elles font partie de la pathologie courante des trompes.

PATHOGÉNIE

Hydrosalpinx. — L'origine peut être puerpérale ou apuerpérale.

Puerpérale. — Une grossesse tubaire se développe, puis l'embryon succombant à un stade peu avancé se résorbe, il reste un œuf clair comme on en rencontre dans certains cas de grossesse utérine.

Apuerpérale. — Il se produit une salpingite catarrhale ; sous l'influence du processus inflammatoire, la trompe s'obture à ses deux extrémités, la sécrétion muco-séreuse s'accumule et s'enkyste dans l'intérieur du canal tubaire ; la pathogénie est analogue à celle de l'hydrométrie.

Hématosalpinx. — Deux origines semblables :

Puerpérale. — Grossesse tubaire, hémorrhagie se faisant autour de l'œuf, entravant son développement et le faisant disparaître. L'œuf, cause de tous les désordres, est détruit ; la collection sanguine persiste seule.

Apuerpérale. — Les écoulements sanguins sont fréquents à la surface des trompes, normaux au moment de la menstruation, pathologiques quand ils résultent d'un salpingite hémorrhagique ou de la rupture d'une varice ou d'un traumatisme. Si la trompe est

perméable, le sang s'écoule par les voies normales hors des organes génitaux ; si l'ouverture utérine est obturée, reflux dans le péritoine et hématocèle intra-péritonéale ; si enfin les deux extrémités de la trompe sont closes, formation de l'hématosalpinx.

Pyosalpinx. — Toute inflammation purulente de la trompe aboutit au pyosalpinx quand les deux extrémités du conduit tubaire sont obturées.

Les origines les plus habituelles de la suppuration sont la blennorrhagie, la septicémie puerpérale, la septicémie accidentelle à la suite d'une exploration ou intervention non aseptique, enfin la tuberculose.

Quant à l'oblitération de la trompe, elle résulte du processus inflammatoire même.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Quand le kyste tubaire est constitué, une seule (fig. 466) ou les deux trompes étant pathologiques (fig. 467), le contenu tantôt reste

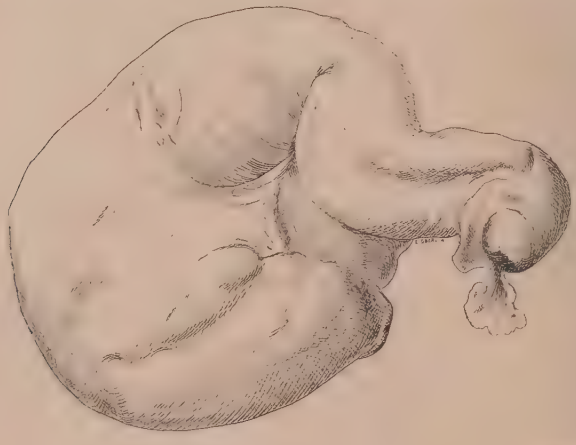


Fig. 466. — Pyosalpinx (Pozzi).

stationnaire (hydrosalpinx), tantôt se résorbe (hématosalpinx), tantôt augmente de volume (pyosalpinx).

L'orifice utérin de la trompe peut être incomplètement obturé, de telle sorte que le contenu, de même que l'urine dans l'incontinence avec rétention, s'échappe d'une façon intermittente ou

continue dans l'intérieur de l'utérus ; on observe ainsi des écoulements séreux ou purulents intermittents ou continus, se faisant par les voies génitales et n'ayant d'autre origine que la trompe. Certains cas d'hydrorrhée en dehors de la puerpéralité doivent vraisemblablement avoir cette origine tubaire, il y a hydrosalpinx avec salpingorrhée, de même qu'il peut y avoir hydrorrhée avec hydrométrie.

Fig. 467. — Hydrosalpinx double (Schrœder).

La trompe kystique, tantôt reste dans sa situation normale, tantôt s'incline en arrière vers ou dans la cavité de Douglas, tantôt et plus rarement en avant dans les parages de la vessie.

L'inflammation péritubaire n'est pas rare, surtout avec le pyosalpinx. L'ovaire, dans ce dernier cas, est même le plus ordinairement pathologique, son inflammation contemporaine de celle de la trompe évolue en même temps qu'elle; l'ovaire est confondu dans une masse inflammatoire avec le pavillon de la trompe, de telle sorte que le *pyosalpinx* est le plus souvent un *pyo-oophoro-salpinx*.

Les adhérences, qui se forment autour de la tumeur salpingo-ovarique, fixant la tumeur au péritoine voisin, deviennent le point de départ d'une pelvi-péritonite d'intensité variable et rendent l'intervention chirurgicale difficile et périlleuse.

L'inflammation, au lieu de se propager au péritoine, peut envahir le tissu cellulaire du ligament large, et à la place de pelvi-péritonite on observe alors les accidents de cellulite pelvienne, rayonnant autour de la trompe malade, qui joue le rôle d'épine pathologique.

On a admis que l'hématosalpinx pouvait se transformer en hydro ou en pyosalpinx; dans le premier cas, le sérum du sang persisterait seul dans la tumeur, les autres éléments étant résorbés; dans le

second dont l'existence est plus fréquente il y aurait suppuration de l'hématome.

L'hydrosalpinx est également susceptible de suppurer et d'aboutir au pyosalpinx.

Quand la collection purulente est constituée, elle peut rester stationnaire, grossir lentement, enfin s'ouvrir dans un organe voisin (péritoine, intestin, utérus, ligament large, vessie), avec accidents variables suivant le siège de la rupture.

Parfois le pyosalpinx guérit spontanément quand la perméabilité se rétablit avec l'utérus, mais cette heureuse terminaison est rare.

SYMPTÔMES ET DIAGNOSTIC

Une femme nous consulte pour un ensemble de symptômes rappelant à des degrés divers ceux de l'inflammation utérine, nous pratiquons l'examen génital, et trouvons sur l'un ou les deux côtés de l'utérus, une tumeur allongée en forme de *virgule recourbée*, dont la base partirait du cul-de-sac de Douglas ou de son voisinage, le sommet aboutirait à la corne utérine, et la partie concave regarderait le corps de l'utérus.

La tumeur est tantôt lisse, élastique, parfois fluctuante, arrivant au volume d'une orange, jusqu'à une tête de fœtus, le plus souvent moniliforme, donnant l'impression d'une série de fruits qu'on aurait enfilés, le plus petit du volume d'une groseille et le plus gros d'une prune, la tumeur grossit à mesure qu'on s'éloigne de la corne utérine, c'est-à-dire à mesure qu'on se rapproche du pavillon de la trompe.

La figure 467 explique assez bien à la vue la sensation qu'on doit éprouver au doigt en pareil cas (sauf la direction de la trompe malade, déviée de sa position habituelle pour rendre la figure plus intelligible).

L'union de la tumeur à l'utérus nous indique que la tumeur est salpingienne, et non simplement ovarique, car, dans ce dernier cas, elle serait nettement distincte de l'utérus, le trait d'union salpingien n'existerait pas. Il est difficile de dire dans ces tumeurs salpingiennes si l'ovaire est intact ou pris, cette connaissance nous intéresse peu au point de vue diagnostic et thérapeutique, car elle ne les modifie pas.

Il existe une tumeur salpingienne, il s'agit de savoir :

1° Si cette tumeur est kystique ;

2° Quel est le contenu du kyste.

1° *La tumeur est-elle kystique?*

Toute tumeur de la trompe présentant un calibre supérieur à celui de l'index peut être considérée comme un kyste salpingien, car les salpingites catarrhales et parenchymateuses n'atteignent pas ou bien rarement ce volume, à moins d'inflammation aiguë avec périsalpingite.

Le volume de la trompe sera d'ailleurs en pratique le principal, presque le seul élément d'appréciation, car contrairement à ce que la théorie pourrait faire supposer, il est rare dans les kystes salpingiens de trouver de la fluctuation, à moins que la collection liquide ne soit abondante et dépasse le volume d'une pomme.

2° *Quel est le contenu du kyste? Pus, sérosité ou sang?*

Si l'affection est survenue à la suite d'un accouchement, surtout avec une septicémie avérée, si elle est encore survenue après une blennorrhagie, si la malade est pâle, anémiée et a les signes d'une suppuration chronique, si du pus s'écoule par l'utérus indiquant l'existence d'une endométrite ancienne et purulente, si enfin la température présente le soir une élévation anormale, le diagnostic du contenu purulent n'est pas douteux. — Mais le pyosalpinx peut se montrer sans fièvre ou avec une très légère élévation de température; ces symptômes atténués, à côté des cas nets et non douteux, rendent d'autres cas très difficiles à diagnostiquer et laissent le gynécologue perplexe jusqu'à la laparotomie, qui est en quelque sorte exploratrice en même temps que curatrice.

Quand les symptômes douloureux sont faibles, que l'écoulement génital est non purulent mais muqueux, que l'affection a suivi une marche essentiellement chronique sans épisode pathologique saillant, quand en outre la santé générale est bonne et qu'il n'y a pas de fièvre, l'hydrosalpinx devient probable.

Si enfin on constate un kyste salpingien après un début apparent de grossesse, et s'il y a eu des phénomènes brusquement douloureux, avec apaisement graduel, l'hématosalpinx est plus vraisemblable; la même crise douloureuse aiguë pourra en dehors des symptômes de grossesse faire croire à l'hématosalpinx.

La marche sera dans les cas douteux d'un heureux secours pour compléter le diagnostic.

La diminution progressive de la tumeur est en effet assez fréquente dans l'hématosalpinx, l'état stationnaire ou très lentement progressif dans l'hydrosalpinx, et au contraire l'augmentation avec crises intermittentes dans le pyosalpinx.

TRAITEMENT

En principe, le pyosalpinx doit être traité chirurgicalement, l'hydrosalpinx médicalement à moins qu'il n'augmente progressivement ou qu'il ne soit la source de symptômes trop pénibles ; l'hématosalpinx, médicalement aussi à moins de complications.

Mais le diagnostic du contenu étant souvent, en dehors de la ponction capillaire, qui doit être évitée à cause des accidents qu'elle peut provoquer même quand elle est aseptique, difficile à porter, et par là même incertain, la thérapeutique ne saurait être au point de vue pratique satisfaite des indications qui viennent d'être posées.

En pratique, quand le diagnostic est douteux, on peut se comporter de la façon suivante :

Il existe un kyste salpingien unilatéral ou double ; ce contenu est de nature douteuse.

Opérez, c'est-à-dire enlevez trompes et ovaires, si l'état de la malade, loin de s'améliorer par le traitement médical, reste stationnaire ou s'aggrave et si la tumeur augmente de volume.

Opérez encore si, avec un état stationnaire de la tumeur, il n'y a pas d'amélioration dans l'état de la malade sous l'influence du traitement médical et si les symptômes sont assez pénibles pour rendre la vie intolérable.

Contentez-vous au contraire du traitement médical, si avec un kyste salpingien stationnaire ou régressif, le traitement médical amène une amélioration progressive ou atténue suffisamment les symptômes douloureux pour rendre l'existence acceptable.

Examinons maintenant en quoi consiste :

1° *Le traitement médical ;*

2° *Le traitement chirurgical.*

1° Le **traitement médical** a une triple base :

Repos horizontal ;

Révulsifs ;

Émissions sanguines locales.

L'association de ces trois moyens diminue les phénomènes inflammatoires dans le pyosalpinx et améliore les symptômes subjectifs dans l'hydrosalpinx et l'hématosalpinx.

Les laxatifs, qui agissent comme révulsifs intestinaux, sont également d'un heureux effet.

Les toniques sont aussi indiqués comme dans la plupart des maladies débilitantes, de même que les calmants contre les douleurs.

2° Le **traitement chirurgical** comprend :

a. *La ponction capillaire ;*
b. *L'ouverture au bistouri par le vagin ;*
c. *La salpingectomie par la voie abdominale ;*
d. *L'hystéro-salpingectomie par la voie vaginale.*

a. La *ponction capillaire* doit être évitée, car, quelle que soit la collection salpingienne, elle ne saurait être suffisante pour produire la guérison, et elle peut être le point de départ d'accidents inflammatoires graves.

b. *L'ouverture au bistouri par le vagin* est une opération relativement bénigne, quand la tumeur est facilement accessible dans le cul-de-sac postérieur ; mais la collection ainsi ouverte donne lieu à des suppurations interminables, aussi l'ablation du kyste salpingien est-il de beaucoup préférable, et l'ouverture au bistouri par le vagin ne devra être choisie que comme pis-aller, alors que l'ablation de la poche kystique est rendue impossible par l'étendue et la solidité des adhérences.

c. *La salpingectomie par la voie abdominale*, c'est-à-dire l'ablation des trompes et en même temps des ovaires par la laparotomie, est l'opération de choix dans tous les kystes tubaires, qui réclament l'intervention chirurgicale. Après ouverture de l'abdomen, on détache avec douceur la poche kystique et l'ovaire des adhérences qu'ils ont pu contracter dans le voisinage, le pédicule est lié en deux ou trois tronçons, d'une façon analogue à celle de la castration ; nettoyage soigneux de la cavité péritonéale, surtout si la collection tubaire s'est ouverte pendant les manœuvres d'extraction du kyste, au besoin même lavage du péritoine ; refermer la plaie abdominale suivant les préceptes ordinaires.

d. *L'hystéro-salpingectomie par la voie vaginale* ou *castration utérine*, c'est-à-dire l'ablation des trompes et des ovaires par le vagin (voir p. 274), est préférée par quelques auteurs, notamment par M. Péan, à la salpingectomie par la voie abdominale, pour deux raisons : la première qu'elle enlève l'utérus ordinairement malade dans ces cas, et qu'elle constitue par là même une intervention plus radicale et plus sûre comme résultat, la seconde qu'elle implique,

comme la plupart des opérations vaginales, un pronostic plus bénin que l'intervention par la voie abdominale. Cette opération est encore toute récente, et en attendant que les documents destinés à l'apprécier soient publiés, mieux vaut s'en tenir à la salpingectomie par la voie abdominale, qui est en quelque sorte classique à l'heure actuelle.

16. — PAPILLOME DES TROMPES

Les papillomes ou végétations, développés dans l'intérieur des trompes (fig. 468), constituent d'après Doran une production dis-

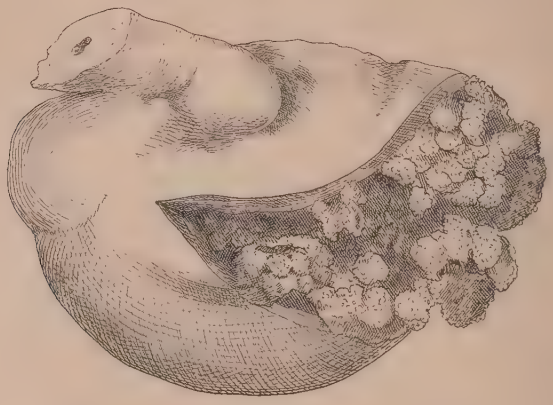


Fig. 468. — Papillome de la trompe (Doléris).

tincte des kystes végétants de l'ovaire. Ces papillomes d'une grande rareté ne méritent qu'une simple mention.

17. — KYSTES NAINS DE L'OVAIRE

Il existe trois variétés de ces kystes, mais une seule a de l'importance clinique.

Les premiers, du volume d'un pois à une prune, se développent soit dans l'hydatide de Morgagni, soit dans le parovarium.

Les seconds, formés dans la vésicule de de Graaf aux dépens du corps jaune, peuvent atteindre le volume d'une petite pomme. — Ces kystes ne causent aucun trouble pathologique et sont accidentellement rencontrés à l'autopsie ou à la laparotomie faite pour une autre affection.

Les troisièmes, au contraire, formés par la *dégénérescence scléro-kystique* ou *séro-kystique* de l'ovaire, méritent une description plus étendue.

La dégénérescence séro-kystique de l'ovaire (fig. 469), encore dénommée hydropisie, hydroovarie folliculaire, maladie kystique de l'ovaire, transforme l'ovaire en une série de petits kystes du volume d'une lentille à une noisette, remplis de sérosité, et consti-

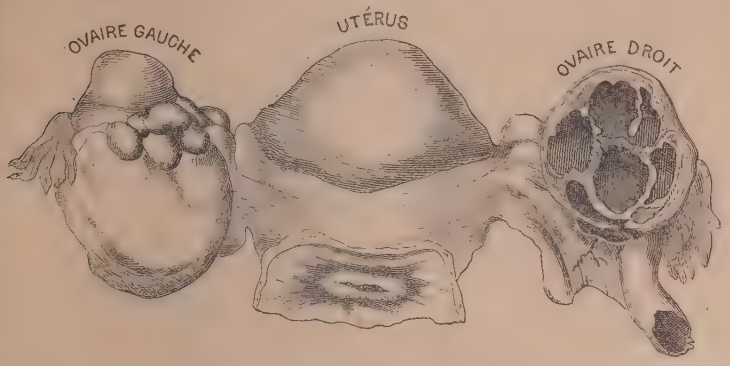


Fig. 469. — Dégénérescence séro-kystique des deux ovaires ; ovaires scléro-kystiques (Hooper).

tuant par leur masse une tumeur dont le volume dépasse rarement celui d'une orange, mais qui peut exceptionnellement atteindre celui d'une tête de fœtus.

L'affection est ordinairement bilatérale.

Cette maladie, constituée par la transformation kystique des vésicules de de Graaf, est ordinairement la suite d'une inflammation chronique qui, à côté des kystes, amène la sclérose de l'ovaire.

Les symptômes sont ceux de l'ovarite chronique; au toucher, on trouve les ovaires douloureux, augmentés de volume, le plus souvent prolabés dans le cul-de-sac de Douglas ou dans son voisinage. Les trompes sont habituellement normales, de telle sorte que le doigt ne sent pas de trait d'union entre la tumeur et l'utérus, l'organe et la masse pathologique sont distincts, quoique rapprochés l'un de l'autre.

Ces tumeurs sont essentiellement bénignes et comme nature et comme développement, puisqu'elles ne dépassent pas le volume d'une tête de fœtus, néanmoins les troubles douloureux qu'elles causent sont souvent suffisants pour nécessiter leur extirpation, qui, d'ailleurs, ne présente pas plus de dangers qu'une castration normale.

A côté de l'hydroovarie que nous venons d'étudier existent :

l'*hématoovarie* (ovaire hémato-kystique),

la *pyoovarie* (ovaire pyo-kystique),

dans lesquelles le contenu des petits kystes ovariens diffère seul, étant du sang dans le premier cas et du pus dans le second. Les uns sont causés par des hémorrhagies intra-ovariennes, les autres par l'inflammation suppurative de l'ovaire.

Ces trois variétés de dégénérescence kystique de l'ovaire, d'origine d'ailleurs inflammatoire, répondent aux variétés analogues qu'on trouve pour la trompe et pour l'utérus :

OVAIRE	TROMPE	UTÉRUS
Hydroovarie,	Hydrosalpinx,	Hydrométrie.
Hématoovarie,	Hématosalpinx,	Hématométrie.
Pyoovarie,	Pyosalpinx,	Pyométrie.

Les symptômes de l'hématoovarie et de la pyoovarie diffèrent peu de ceux de l'hydroovarie ou ovaire scléro-kystique, ce n'est guère qu'après opération et ablation de la tumeur qu'on pourra d'une façon précise diagnostiquer le contenu séreux, sanguin ou purulent des petits kystes ovariens.

L'indication thérapeutique est d'ailleurs la même dans les trois cas, de telle sorte que le diagnostic prœopératoire ne présente qu'une importance secondaire.

L'indication de l'opération, seul mode de guérison, dépendra de l'intensité même des troubles pathologiques éprouvés par la femme.

L'opération se fait comme une castration normale. (Voir cette opération.)

18. — FIBROMES DE L'OVAIRE

Contrairement à ce qu'on observe à l'utérus, le fibrôme ne forme pas au niveau de l'ovaire une tumeur limitée, il envahit l'organe en bloc ; l'ovaire subit en entier la dégénérescence fibreuse.

La tumeur libre, pédiculée par rapport au ligament large, malgré sa bénignité, provoque en général de l'ascite. Son volume ne dépasse pas celui d'une tête de fœtus, à moins qu'il n'y ait dégénérescence en sarcôme, transformation en tumeur maligne.

Cette tumeur, d'ailleurs exceptionnelle, sera souvent difficile à

diagnostiquer avec un kyste de l'ovaire au début ou un polype sous séreux de l'utérus.

La laparotomie, indiquée dans les trois cas, quand la femme éprouve un trouble réel de la part de sa tumeur, sera en même temps exploratrice et curatrice. L'ablation se fait comme celle d'un kyste ovarien.

19, 20. — HYDROCÈLE ET FIBROMES DU LIGAMENT ROND

Les kystes du ligament rond sont rares; ils siègent le plus souvent dans la partie terminale du ligament, c'est-à-dire dans le trajet inguinal ou à l'orifice inguinal externe. Ils se développent soit dans l'épaisseur même du ligament, soit dans les débris du conduit péritonéal de Nuck prolongement péritonéal qui accompagne le ligament rond pendant la vie intra-utérine. Traitement : l'ablation au bistouri avec anesthésie locale est préférable à la ponction suivie de l'injection d'un liquide irritant.

Le ligament rond étant un cordon musculaire, peut devenir l'origine de myômes, qui occupent ordinairement l'espace compris entre l'ouverture externe du canal inguinal et l'insertion inférieure de ce ligament. Ces tumeurs sont peu connues; en parcourant les auteurs on n'en trouve qu'un petit nombre de faits. Duplay[1] assigne à ces tumeurs les symptômes suivants : masse plus ou moins volumineuse, tantôt pédiculisée, tantôt sessile, à développement lent et sourd; leur surface est tantôt lisse, tantôt lobulée, de consistance fibreuse. Aucun changement ne se produit sous l'influence de la toux. Elles peuvent augmenter de volume pendant la grossesse ou pendant les règles. Ordinairement indolence à la pression; douleurs spontanées plus ou moins vives, tantôt continues, tantôt intermittentes; parfois des douleurs irradiées dans les membres inférieurs, dans la région lombaire. Le sac dartoïque, dans l'intérieur duquel elles se développent, permet les mouvements de haut en bas et de droite à gauche, mais empêche ceux d'arrière en avant. — Le diagnostic de ces tumeurs doit être fait avec la hernie graisseuse, l'épiplocèle irréductible, la hernie de l'ovaire; ce diagnostic sera souvent des plus difficiles. Comme thérapeutique, l'extirpation est le seul remède; elle est en général facile.

[1] *Tumeurs du ligament rond* (*Archives générales de médecine*), mars 1882.

21. — ÉCHINOCOQUES DU LIGAMENT LARGE

Les échinocoques sont une rareté pathologique au niveau du petit bassin ; ils se développent en une région quelconque du tissu cellulaire pelvien, le plus souvent autour du rectum. Autour d'eux se forme une inflammation, qui donne un peu à l'affection les allures d'un phlegmon chronique de la région. Le traitement consistera à enlever le kyste par la voie qui le rend le plus accessible et, après évidement, à traiter la cavité qui le contenait comme celle d'un abcès.

22. — VARICOCÈLE DU LIGAMENT LARGE

Le développement anormal des varices du ligament large paraît être assez fréquent et résulte probablement de la grossesse, mais en dehors des ruptures et des hémorrhagies qu'elles peuvent causer, ces varices n'ont qu'une faible importance pathologique.

23, 24. — FIBROMES ET LIPOMES DU LIGAMENT LARGE

Les fibrômes peuvent se développer dans l'épaisseur du ligament large où il existe des éléments musculaires, mais la plupart de ceux qu'on y a rencontrés à l'état libre étaient probablement des fibrômes utérins détachés. — Même traitement que pour ces derniers.

Les lipômes sont ici des tumeurs très exceptionnelles donnant lieu à un fausse fluctuation et faisant croire à l'existence d'un kyste. — Traitement : ablation s'ils causent des troubles sérieux.

CHAPITRE X

VOIES URINAIRES

SOMMAIRE

I. *Anatomie et physiologie.*
1. Bassinets et uretères.
2. Vessie.
3. Urètre.
4. Physiologie.

II. *Pathologie de l'urètre.*
1. Rétrécissements.
2. Urétrocèle.
3. Tumeurs.

III. *Pathologie de la vessie.*
1. Cystites.
2. Tuberculose.
3. Calculs.
4. Corps étrangers.
5. Tumeurs.

IV. *Pathologie des uretères et bassinets.*
1. Uretéro-pyélites.

V. *Séméiologie urinaire.*
1. Rétention d'urine.
2. Incontinence d'urine.
3. Hématurie.
4. Pyourie.
5. Examen des urines.

VOIES URINAIRES

I

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE

L'urine sécrétée par les reins, qui sont au nombre de deux, est versée dans le bassinet, qui la conduit dans l'uretère. Par la voie uretérienne elle arrive à la vessie, réservoir médian et unique, où elle séjourne un temps variable, et de là elle est, d'une façon intermittente, expulsée au dehors par l'urètre.

Bassinets, uretères, vessie et urètre constituent donc l'appareil excréteur de l'urine, c'est-à-dire les *voies urinaires*.

La vessie et l'urètre sont uniques, impairs et médians, tandis que les bassinets et les uretères sont doubles, pairs, placés symétriquement de chaque côté de la colonne vertébrale.

Nous étudierons successivement chacun de ces organes au point de vue anatomique et examinerons dans une vue d'ensemble leur physiologie dont la miction constitue l'acte principal.

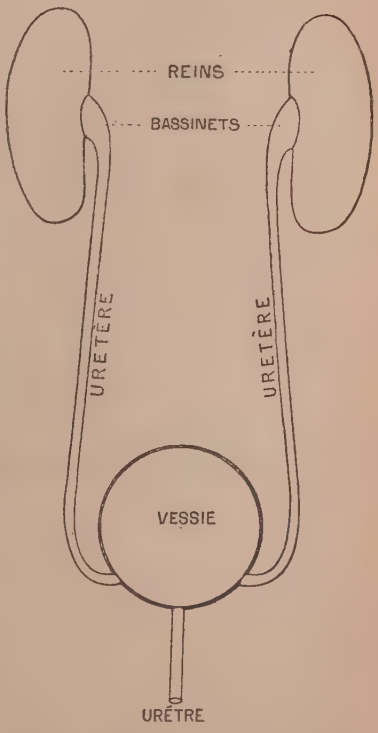


Fig. 470. — Schéma du système urinaire.

1. — BASSINETS ET URETÈRES

Les papilles du rein sont entourées à leur base de petits manchons membraneux appelés *calices*, qui, après un trajet d'un centimètre

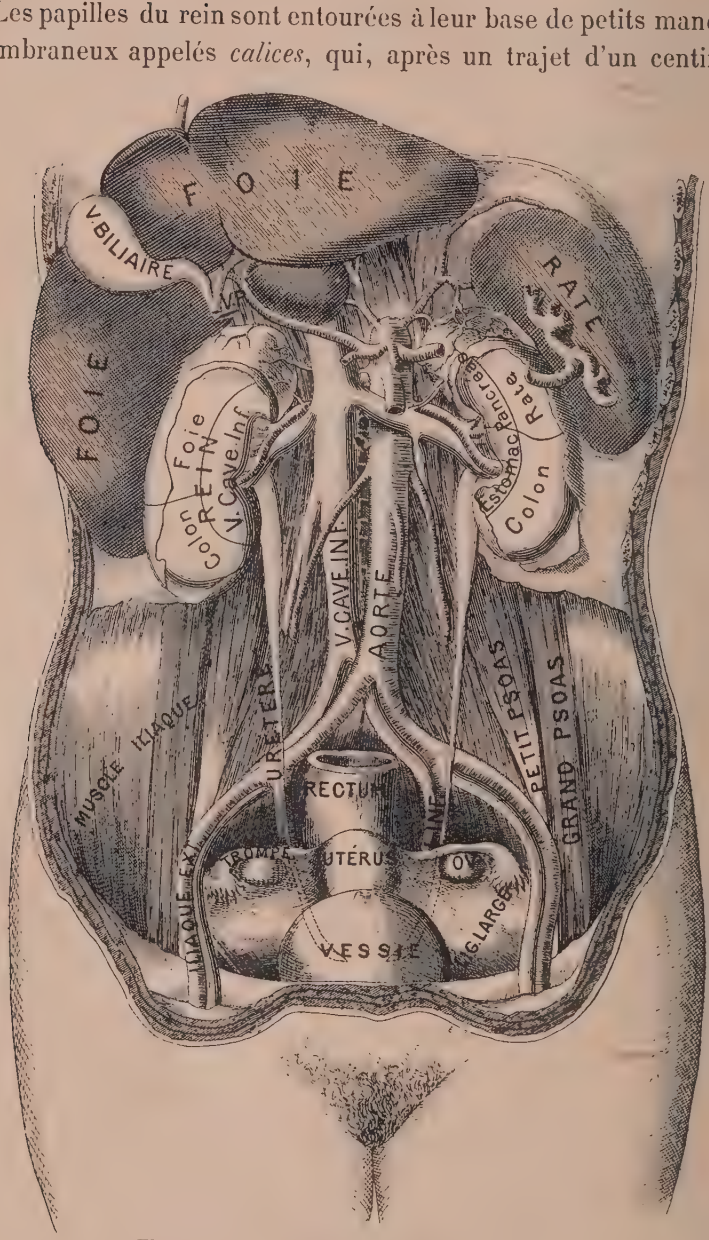


Fig. 471. — Topographie des organes urinaires.

environ se confondent en une poche commune désignée sous le nom de *bassinet*.

Le bassinet, large à sa naissance au niveau du hile rénal, se rétrécit rapidement en descendant, et au niveau d'un plan horizontal passant par le bord inférieur du rein, se continue sans trace de démarcation nette avec l'uretère.

L'uretère est un canal de calibre à peu près uniforme dans toute sa longueur, et mesurant approximativement 30 centimètres.

Ces conduits présentent une portion abdominale et une portion pelvienne.

La portion abdominale, couchée sur le muscle psoas, au moment de pénétrer dans le petit bassin saute sur les vaisseaux iliaques primitifs. Dans tout ce trajet abdominal l'uretère est recouvert par le péritoine qui le sépare de l'intestin ; les vaisseaux utéro-ovariens passent en avant de lui.

La portion pelvienne occupe successivement le bord externe et le bord inférieur du ligament large. Sa concavité est en rapport avec les éléments mêmes du ligament large et avec le col de l'utérus dont elle est séparée par un bon travers de doigt, tandis que sa convexité répond aux vaisseaux obturateurs et aux éléments qui constituent le diaphragme pelvien.

En pénétrant dans la vessie, l'uretère chemine obliquement dans la paroi vésicale, et débouche dans la cavité urinaire par un orifice taillé en bec de flûte, qui permet l'arrivée de l'urine dans la vessie, mais qui se referme par la pression du liquide intra-vésical, et empêche le reflux de l'urine dans la direction de l'uretère.

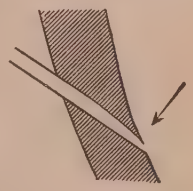


Fig. 472. — Pénétration de l'uretère dans la paroi vésicale.

L'uretère, de même que les bassinets, se compose de trois couches concentriquement superposées :

Une externe ou celluleuse ;

Une moyenne ou musculaire lisse, confondue en une seule couche plexiforme ;

Une interne, muqueuse, recouverte d'une épithélium stratifié, à cellules arrondies excentriquement, cylindriques, enfin aplaties concentriquement.

2. — VESSIE

Placée entre le pubis et l'utérus, appuyée sur le vagin et recouverte par le péritoine qui la sépare des circonvolutions intestinales la vessie constitue le réservoir intermittent de l'urine, liquide qui est amené par les uretères et qui s'échappe au dehors par l'urètre.

Vide, la vessie se présente sous la forme d'un réservoir aplati, dont la paroi inférieure accolée en arrière à la paroi vaginale supérieure et en avant au tissu cellulaire rétro-pubien reçoit vers sa partie postérieure les deux uretères et émet en avant l'urètre. La paroi supérieure, recouverte par le péritoine, est en rapport partiellement avec les anses intestinales, et partiellement avec l'utérus.

La vessie en se remplissant prend la forme d'une pyramide quadrangulaire, dont la base appuie sur le vagin, la face antérieure regarde le pubis, la face postérieure est au contact de l'utérus et dont les faces latérales, placées en face des parois latérales du bassin, en sont séparées par des circonvolutions intestinales. Le sommet se continue avec l'ouraque, qui, en compagnie des restes fibreux des artères ombilicales, gagne l'ombilic. A mesure que la vessie se remplit, l'utérus, *normalement antédévié*, se redresse (fig. 293, p. 294) ; l'antéflexion disparaît pour faire place à la rectitude utérine (fig. 294), et si la distension vésicale continue l'utérus se renverse légèrement en arrière prenant la direction de la rétroversion (fig. 295).

La vessie surdistendue devient globuleuse, sa face postérieure repousse l'utérus en arrière en faisant basculer le corps en arrière, la face antérieure entre au contact de la paroi abdominale antérieure, les parois latérales se rapprochent plus ou moins de la paroi pelvienne. Dans cette surdistension, la partie la plus élevée de la vessie peut atteindre le niveau de l'ombilic, exceptionnellement le dépasser.

Quand la vessie est pleine, l'exploration génitale devient difficile, car la tumeur vésicale gêne le toucher et la palpation et de plus éloigne l'utérus en le repoussant en arrière ; aussi faut-il avoir soin avant de procéder à toute exploration gynécologique, à moins d'indication spéciale, de provoquer l'expulsion de l'urine.

La *capacité* de la vessie est très variable ; cet organe, plus tolérant chez la femme que chez l'homme, contient facilement un demi-litre

de liquide, mais cette capacité peut, à l'état pathologique, aller jusqu'à plusieurs litres (8 à 10 litres).

Quand on ouvre la vessie, on trouve la surface interne à peu près lisse ou légèrement ridée par les saillies des muscles sous-tendant la muqueuse. Ces saillies s'accentuent avec l'âge, surtout quand il y a inflammation chronique, de manière à constituer la *vessie à colonnes*.

Sur la paroi inférieure débouchent les deux orifices urétériens et en avant celui de l'urètre, l'ensemble constituant un trigône, dont

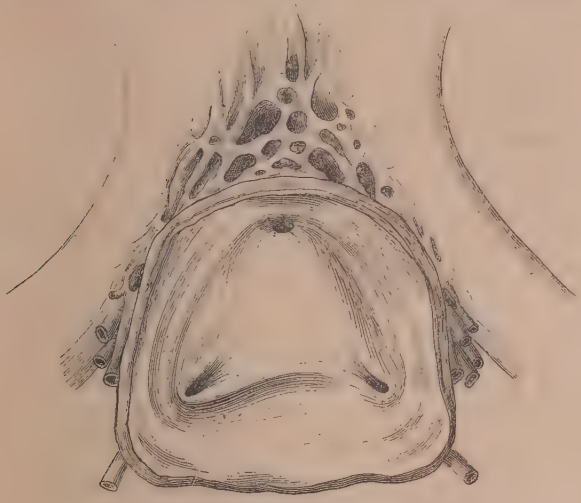


Fig. 473. — Trigône vésical.

chaque orifice marque un angle. En arrière de la ligne inter-urétérienne, dont la saillie est assez accentuée, se trouve le bas-fond vésical, plus marqué chez l'homme que chez la femme, et dans lequel séjournent volontiers les calculs et corps étrangers.

Les bords du trigône sont à peu près égaux et mesurent chacun 3 centimètres.

La muqueuse vésicale est blanc rosé, composée d'une couche fibreuse recouverte d'un épithélium stratifié, à cellules très irrégulières comme forme (fig. 474). Elle ne possède ni glandes, ni papilles, ni villosités; elle est essentiellement constituée pour opposer un solide rempart contre l'urine et en protéger les tissus voisins.

La tunique muqueuse est recouverte d'une tunique musculaire lisse, subdivisée en trois couches.

La plus concentrique est plexiforme ; ce sont les saillies exagérées de cette couche qui soulevant la muqueuse constituent la vessie à colonne.

La moyenne est composée de fibres circulairement disposées.

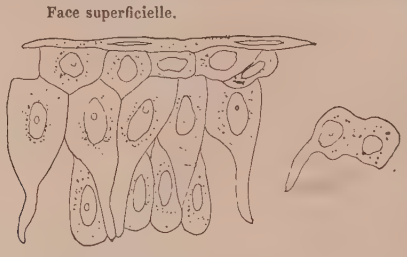


Fig. 474. — Épithélium vésical (Farabeuf).

Enfin la plus superficielle ou excentrique comprend des fibres longitudinales, dont les antérieures se prolongent jusqu'au pubis, les latérales jusqu'à l'aponévrose pelvienne, et les postérieures jusqu'au vagin, fixant ainsi la vessie au voisinage.

Au-dessus de la tunique musculaire se trouve la tunique séreuse; incomplète, car elle ne revêt que la partie supérieure de l'organe à l'état de vacuité; à mesure que la vessie se remplit, elle l'enveloppe comme une sorte de capuchon solidement fixé sur la ligne médiane mais devenant de plus en plus lâche à mesure qu'on s'approche des parties latérales.

3. — URÈTRE

L'urètre constitue chez la femme un canal de 4 centimètres environ, dont l'ouverture extérieure se trouve au niveau du vestibule vulvaire entre le clitoris et l'orifice vaginal.

Le diamètre est de 5 millimètres, mais se laisse facilement dilater jusqu'à 1 centimètre.

L'urètre chemine parallèlement au vagin, de telle sorte que son exploration par le toucher vaginal est des plus faciles.

La structure comprend une muqueuse mince et résistante se continuant profondément avec celle de la vessie et superficiellement avec celle de la vulve ; son épithélium est aplati, stratifié, analogue à celui du vagin, cependant au voisinage de la vessie les cellules

tendent à devenir cylindriques. Sur sa surface libre, on trouve l'orifice des glandes en grappe. Deux de ces glandes prennent, d'après Skene, un développement exagéré, de telle sorte qu'un fin cathéter

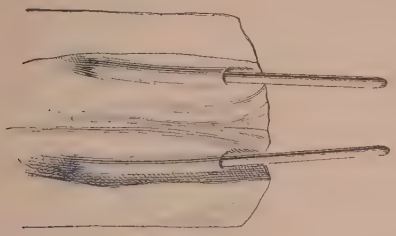


Fig. 475. — Glandes de l'urètre (Skene).

(fig. 475) peut s'engager dans leur orifice ; cette particularité ne doit pas être oubliée, quand on pratique le cathétérisme urétral avec un instrument mince, sans quoi on s'expose à faire fausse route, alors qu'on cherche à pénétrer dans la vessie.

Excentriquement, par rapport à la muqueuse, se trouve une couche de fibres musculaires libres, longitudinales et faisant suite à la couche plexiforme de la vessie. Au-dessus une couche de fibres musculaires, circulairement disposées, lisses au voisinage de

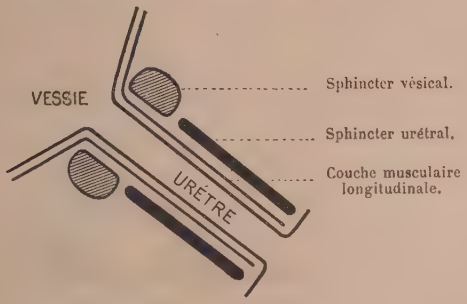


Fig. 476. — Structure de l'urètre.

la vessie où elles constituent le *sphincter vésical*, striées dans le reste de l'étendue de l'urètre, et formant une sorte de *sphincter urétral* qui occupe presque toute l'étendue du canal urétral. Ces fibres circulaires lisses et striées tendent constamment à fermer le canal de l'urètre, et en dehors de la miction réduisent ce canal à l'état virtuel.

4. — PHYSIOLOGIE DE L'EXCRÉTION URINAIRE (MICTION)

L'urine, sécrétée par le rein d'une façon continue bien qu'inégale, s'écoule dans le bassinet et de là dans l'uretère.

Ainsi qu'on a pu s'en assurer dans les cas d'extrophie vésicale, ce n'est pas goutte à goutte que l'urine s'échappe des uretères dans la vessie, mais par petits jets intermittents sous l'influence de la contraction péristaltique des uretères.

La contraction uretérienne est suffisamment énergique pour surmonter la pression intra-vésicale alors que la distension du réservoir urinaire est moyenne, mais lorsqu'il y a surdistension, à moins que la paroi vésicale ne soit paralysée, les uretères, impuissants à vaincre la pression intra-vésicale se laissent distendre par l'urine, jusqu'au moment où l'évacuation de la vessie leur permet de se libérer de leur contenu.

La vessie, réservoir essentiellement élastique et contractile, progressivement remplie par l'apport des uretères se vide d'une façon intermittente; cette évacuation constitue le phénomène de la *miction*.

La fréquence de la miction dépend de la tolérance vésicale. Avec une vessie qui réagit peu, elle n'a quelquefois lieu que trois fois et même deux fois par vingt-quatre heures, rareté qu'on observe assez souvent chez les femmes.

Trois à six mictions par vingt-quatre heures constituent la règle. Une plus grande fréquence appartient au domaine pathologique.

La quantité d'urine sécrétée par les reins est de 1 500 grammes environ par vingt-quatre heures; cette quantité se répartit à peu près également entre les différentes mictions.

L'urètre féminin est normalement obturé par le sphincter vésical (muscle à fibres lisses) qui se trouve placé au voisinage de la vessie, et par le sphincter urétral (muscle à fibres striées) qui entoure le reste du canal urétral. Ce double obstacle à l'écoulement de l'urine est vaincu au moment de la miction de la façon suivante :

Alors que la réplétion vésicale est suffisante, la paroi musculaire de cet organe se contracte énergiquement, l'urine entr'ouve le sphincter vésical de l'urètre et arrive au contact de la muqueuse urétrale, à ce moment se produit le besoin d'uriner; par un effort de volonté amenant la contraction du sphincter urétral, l'urine peut être refoulée vers la vessie, et la femme luttera ainsi pendant un cer-

tain temps contre le besoin d'uriner ; si au contraire la femme obéit au besoin qu'elle ressent, la contraction des muscles abdominaux aide la contraction vésicale, l'urine s'échappe au dehors et la contraction vésicale seule termine l'œuvre commencée de concert avec la contraction abdominale ; l'urine complètement évacuée, l'urètre se referme et la vessie se remplit de nouveau jusqu'à la miction suivante.

Dans le cas où la femme lutte contre le besoin d'uriner, une double alternative peut se produire : ou la contraction vésicale plus puissante que celle du sphincter urétral amène après un certain temps l'écoulement de l'urine, et il se produit une miction involontaire, ou la vessie, impuissante à vaincre la contraction du sphincter urétral se paralyse, devient inerte, et la rétention d'urine est constituée.

Les troubles de la miction sont fréquents chez la femme, qu'ils soient constitués

par la rétention,
par l'incontinence,
par le ténesme, c'est-à-dire le besoin fréquent d'uriner.

Ces différents troubles seront ultérieurement étudiés.

II

PATHOLOGIE DE L'URÈTRE

L'urètre peut se rétrécir de telle sorte que son calibre diminué rend difficile la miction, il peut au contraire se dilater et donner lieu à l'urétrocèle ; différentes tumeurs sont enfin susceptibles de se développer dans l'épaisseur de ses parois.

Nous aurons donc à étudier :

Les rétrécissements de l'urètre ;
L'urétrocèle ;
Les tumeurs de l'urètre.

1. — RÉTRÉCISSEMENTS DE L'URÈTRE

Ce genre d'affection ne se rencontre chez la femme qu'à titre tout à fait exceptionnel.

Étiologie. — On a décrit des rétrécissements congénitaux, mais on ne les rencontre que très rarement, ceux qui ont pour origine une infection blennorrhagique sont un peu plus fréquents. La raison pour laquelle le rétrécissement de l'urètre chez la femme est rare, n'est pas seulement dans la faible longueur ni dans la grande largeur du canal excréteur, mais bien dans la bénignité habituelle de son inflammation. S'agit-il au contraire d'un traumatisme sérieux, tel que celui produit par le passage de la tête fœtale ou le séjour trop prolongé de celle-ci dans la cavité vaginale ou encore par une application difficile de forceps et l'on verra se produire, au bout d'un certain temps, une petite perte de substance qui aboutira en dernier lieu à une cicatrice et à une coarctation du calibre de l'urètre.

Le séjour de corps étrangers, le chancre, les plaques muqueuses, peuvent aussi laisser des cicatrices, qui en vieillissant ont une tendance de plus en plus forte à se rétracter et à diminuer encore la lumière du canal.

Au point de vue *anatomique*, il est utile de signaler les différentes dispositions que peut affecter le rétrécissement, tantôt c'est un anneau, tantôt une bride ; il y a cependant des cas où tout le canal est épaissi et diminué dans son calibre.

Les symptômes sont tardifs, la miction est à peine gênée au début, mais peu à peu elle ne s'effectue que sous l'influence d'un effort ; puis l'urine ne sort que goutte à goutte, les malades sont tourmentées par des douleurs hypogastriques, des envies fréquentes d'uriner, peu à peu on voit s'y ajouter d'autres malaises. Les malades ne pissent plus de l'urine pure ; au bout d'un temps plus ou moins prolongé on voit sourdre du canal de l'urètre du pus et quelquefois même du pus mélangé de sang. A une époque ultérieure les douleurs deviennent plus soutenues, plus persistantes, il y a parfois même de la rétention suivie quelquefois d'incontinence par regorgement.

Si l'on procède à l'exploration de l'urètre, la bougie à boule est vite arrêtée et le toucher vaginal permet d'apprécier une induration au niveau du point rétréci.

La marche de cette affection est longue et pénible ; elle est traversée par des accidents, des complications assez sérieuses telles que les fistules vésico-vaginales et les ruptures intra-péritonéales de la vessie. Bien souvent les malades, lorsqu'elles ne succombent pas aux complications de l'affection primitive, restent infirmes ; en effet

une incontinence définitive s'établit et assombrit l'avenir de ces femmes.

Le diagnostic ne pourra être fait qu'après examen et exploration au moyen d'une sonde, ce n'est qu'un cathétérisme bien mené qui établira l'existence réelle d'un rétrécissement et le différenciera d'une tumeur, d'un polype, d'une urétrocèle, etc.

Le meilleur traitement à employer dans les cas de rétrécissement est la *dilatation graduelle*; si les phénomènes sont menaçants on aura recours à la *dilatation rapide*.

2. — URÉTROCÈLE VAGINALE

Sous ce nom, on a l'habitude de désigner une dilatation étendue de l'urètre aux dépens de sa paroi inférieure, qui vient faire une saillie plus ou moins accentuée dans la cavité vaginale.

Étiologie. — C'est presque toujours un *traumatisme*, tel que l'introduction de corps étranger ou un accouchement long et pénible, qui détermine un relâchement de la paroi inférieure de l'urètre soit directement, soit par l'intermédiaire d'une poche urineuse qui se forme à la suite d'une éraillure de la muqueuse.

L'ouverture de petits abcès ou d'un kyste du vagin siégeant sur la paroi antérieure du vagin amènent des urétrocèles par le relâchement des tissus qui en résulte.

L'anatomie pathologique de cette lésion est encore peu connue. La tumeur formée par l'urétrocèle est composée de un ou plusieurs lobes. Souvent, la paroi est épaisse, cutanisée. La poche communique plus ou moins largement avec l'urètre; sa face interne est remplie de fongosités mollasses. L'épithélium manque généralement; parfois on peut trouver des pertes de substance, des ulcérations.

Les symptômes ne sont pas toujours bien accusés. A un moment donné, on voit survenir une légère incontinence, mais bien avant que celle-ci fasse apparition, les femmes se plaignent d'une sensation de chaleur, de cuisson, qui dégénère parfois en une douleur très pénible après l'expulsion des dernières gouttes d'urine. Elle se prolonge pendant un temps plus ou moins long. Lorsque l'affection existe déjà depuis quelque temps, on voit survenir de l'inconti-

nence, au début très passagère et ne s'accusant qu'au moment d'un effort ou d'une secousse, mais qui plus tard devient presque permanente. Contrairement à ce que l'on voit dans la majorité des cas, les femmes atteintes d'urétrocèle éprouvent parfois de grandes difficultés pour uriner, il y a même de la rétention plus ou moins persistante. Le gonflement de la muqueuse l'explique dans un assez grand nombre de cas. Lorsque la poche urineuse est le siège d'une vive inflammation, on peut voir sortir de l'urètre un liquide séro-purulent, qui se mélange généralement à l'urine au moment de la miction, ou qui est expulsé avec quelques épreintes mélangé aux dernières gouttes d'urine.

L'examen local de la femme atteinte d'urétrocèle ne présente pas de difficultés. La simple inspection de la région vestibulaire révèle la présence d'une petite tumeur globuleuse qui écarte les petites lèvres; mais il arrive parfois que l'urétrocèle est peu accusée, il faut alors écarter avec deux valves les parois latérales du vagin pour l'apercevoir. Bien plus, chez certaines malades il faut recourir au toucher pour reconnaître l'existence d'une petite tumeur réductible, dépressible, mollasse. Si l'on appuie sur cette tumeur, on la voit diminuer de volume et en même temps sourdre par le méat quelques gouttes de pus plus ou moins mélangé d'une urine altérée répandant une odeur très forte; quelquefois la poche ne se vide pas par la simple pression exercée sur elle : il faut alors recourir à une sonde. Celle-ci peut, en même temps, renseigner sur l'étendue et les rapports de l'urétrocèle; tantôt la sonde pénètre sans la moindre difficulté jusque dans la vessie, si on déprime légèrement avec le doigt la paroi vaginale supérieure, tantôt le bec de la sonde tombe d'emblée dans une dépression, et si l'on veut pousser l'instrument en avant, on sent qu'il refoule la muqueuse, mais ne pénètre pas dans la vessie.

La marche de l'urétrocèle est progressive.

La cystite vient quelquefois la compliquer, il en est de même des calculs qu'on a observés dans les vieilles urétrocèles.

Le seul DIAGNOSTIC qu'il est utile et important de faire, est celui de la cystocèle. Mais celle-ci occupe un siège de beaucoup postérieur à l'urétrocèle, la tumeur est bien plus grosse, influençable par les efforts prolongés.

Quant aux kystes du vagin, ils n'entraînent généralement aucun

trouble du côté des voies urinaires et la confusion entre les deux affections est par conséquent difficile.

Le TRAITEMENT de l'urétrocèle est essentiellement chirurgical :

Après avoir placé une valve contre la paroi postérieure du vagin et une sonde fortement recourbée dans la poche, on incise la paroi de celle-ci d'un seul coup de bistouri; on tâchera de faire l'incision sur la ligne médiane aussi exactement que possible. Cette précaution permettra d'effectuer l'opération sans grande perte de sang.

Après avoir ouvert la poche, on fera un raclage, au besoin une cautérisation de ses parois, on réséquera un petit lambeau de chaque côté et on placera pour finir quelques sutures profondes et superficielles.

3. — TUMEURS PAPILLAIRES ET POLYPOÏDES DE L'URÈTRE

ETIOLOGIE. — Ce genre d'affection peut se rencontrer à tous les âges, mais il paraît néanmoins être plus fréquent vers l'époque de la ménopause. Il s'agit généralement de femmes qui ont dépassé la quarantaine.

Toutes les causes d'irritation de la région vestibulaire et la blennorrhagie, en particulier, semblent entrer pour une grand part dans la production des tumeurs polypoïdes.

Au point de vue ANATOMO-PATHOLOGIQUE, ces tumeurs appartiennent par leur structure à la classe des papillomes très vasculaires ; les vaisseaux présentent des parois très épaisses.

Parfois on trouve dans ces petites excroissances des îlots d'épithélium, ce qui expliquerait la récidive et le caractère presque malin de ces néoformations.

Les SYMPTÔMES auxquels elles donnent lieu sont excessivement variables ; chez quelques femmes ils peuvent être absolument nuls et le chirurgien ne s'en aperçoit que par hasard au cours d'un examen au spéculum.

D'autres fois les phénomènes douloureux sont assez considérables pour que les femmes s'en plaignent. Douleurs vagues dans les aines, dans la région hypogastrique, surtout après des efforts ou une marche prolongée, miction parfois difficile accompagnée de l'émission de quelques gouttelettes de sang, cuissons persistantes chez

certaines prédisposées. Cette petite tumeur siégeant au niveau du méat, devient parfois le point de départ de crises intolérables; non seulement la miction, mais la marche, le simple attouchement provoquent des réflexes d'une intensité telle, que les anesthésiques sont quelquefois impuissants à les faire disparaître. Indépendamment de la douleur, la tumeur papillaire peut amener un ténesme vésical très pénible, avec ou sans émission involontaire des urines. On connaît même des cas où les troubles ont été jusqu'à la rétention complète ; presque toujours elle est le fait d'une contraction spasmodique d'origine réflexe du col de la vessie.

Le DIAGNOSTIC de cette variété de tumeurs est généralement facile. C'est presque toujours sur la moitié inférieure de la circonférence de l'urètre qu'elles s'implantent et par une base assez large, qui grâce à la laxité du tissu sous-muqueux est assez facile à déplacer.

Au début elles se présentent sous forme de petites granulations rouge violacé, plus tard elles atteignent les proportions d'un gros pois et même quelquefois d'une noisette; uniques, d'autres fois multiples, on les rencontre non seulement à l'entrée du méat, mais aussi plus profondément, et alors il faut dilater l'urètre à l'aide d'un spéculum bivalve pour les bien apercevoir. Dans certains cas le diagnostic des tumeurs urétrales profondes est entouré des plus grandes difficultés.

Le PRONOSTIC est généralement bénin, mais nous avons vu que la récidive est possible.

TRAITEMENT. — La malade, étant anesthésiée à l'aide de la cocaïne, on saisit le petit papillome et on l'attire avec une pince à griffes, puis d'un coup de ciseaux courbes on l'enlève au niveau de son point d'implantation ; il est bon de cautériser la base de la tumeur avec le thermocautère.

Quand la tumeur est située profondément, Le Dentu fait une incision curviligne du vestibule immédiatement au-dessus du méat comme pour la taille vestibulaire, il dissèque ensuite la paroi supérieure de l'urètre jusqu'à 1 centimètre; après quoi il fend avec des ciseaux la paroi supérieure sur la ligne médiane et enlève la tumeur qui siège sur la paroi opposée. Schwartz conseille de fendre d'un coup de ciseaux la paroi inférieure du canal en se tenant en dehors de la tumeur; cela fait en écartant les deux parois on se crée

du jour et on enlève le polype avec les ciseaux courbes ; on cautérise, pour finir, la base du papillome.

Après avoir bien lavé la place, on suture au crin de Florence la petite section et on applique un pansement boriqué. Pour mieux empêcher la coarctation du canal de l'urètre, il est utile de placer pendant les premiers jours une sonde à demeure.

III

PATHOLOGIE DE LA VESSIE

Inflammation, corps étrangers, tumeurs, forment le bilan pathologique de la vessie.

L'inflammation tantôt est simple, tantôt constitue un des modes de l'évolution locale de la tuberculose.

Le corps étranger intra-vésical est tantôt de provenance extérieure ayant été introduit par le canal de l'urètre, tantôt développé sur place et désigné dans ce dernier cas sous le nom de calcul.

Nous aurons donc à étudier dans la pathologie de la vessie :

1° La cystite ;
2° La tuberculose, variété de cystite ;
3° Les calculs ;
4° Les corps étrangers ;
5° Les tumeurs.

1. — CYSTITES

Etiologie et pathogénie. — L'anatomie normale nous enseigne que le système vasculaire de la vessie a des connexions très étendues et très intimes avec les réseaux, qui parcourent l'épaisseur et la surface de l'utérus. Ce fait explique la simultanéité et l'influence réciproque des congestions qui se manifestent dans les deux organes. Ne sait-on pas qu'au moment des règles, les femmes ont des troubles très caractérisés dans la miction ; que cet état congestif de l'utérus s'exagère sous l'influence d'une métrite et d'une affection péri-utérine et l'on verra la vessie devenir le siège de modifications pathologiques sous l'atteinte de l'élément infectieux, qui aura donné naissance à l'inflammation utérine.

Dans un autre ordre d'idées, les différentes déviations et déplacements, et enfin l'augmentation du volume de l'utérus, ayant pour point de départ le développement d'une tumeur, ou la grossesse, peuvent aussi, par le fait de la compression, créer des difficultés à l'émission de l'urine, amener sa rétention partielle et par suite une altération qui ne tardera pas à irriter les parois de la vessie et à provoquer la cystite.

Parmi les causes déterminantes, il faut signaler le froid, l'ingestion de certaines substances, notamment des épices, les boissons alcooliques.

La cystite après l'accouchement est assez fréquente ; on a invoqué pour l'expliquer, la propagation des inflammations venant d'une lésion du col, mais aujourd'hui on tend de plus en plus à la rattacher à un élément infectieux (diplocoque) pénétrant par l'urètre. La fréquence du cathétérisme permet de comprendre facilement le mode de pénétration de microbes dans la vessie.

La cystite puerpérale est tantôt très légère, tantôt d'une intensité extrême. Autant les cystites développées pendant la grossesse sont peu graves, autant celles qui éclatent après l'accouchement sont intenses et rebelles au traitement. Si cette proposition est vraie d'une façon générale elle souffre néanmoins quelques exceptions.

Qui ne connaît en effet les complications vésicales, qui accompagnent la rétroversion de l'utérus gravide, où parfois la cystite dégénère très rapidement et devient gangréneuse. La sonde ne donne écoulement qu'à quelques gouttes de liquide ; elle s'arrête, s'embarrasse dans des tissus sphacelés, qui sont rejetés dans ces cas par l'urètre sous forme de lambeaux membraneux grisâtres. Tous ces accidents s'accompagnent de douleurs hypogastriques de frissons, de fièvre intense et de prostration.

Un des caractères tranchants des cystites chez la femme est leur tendance à la chronicité et leur résistance au traitement.

Symptomatologie. — Il est d'usage de décrire deux formes de cystite l'une aiguë et l'autre chronique. L'étude attentive des symptômes et de l'évolution de ces deux variétés montre qu'il n'y a là en somme qu'une seule et même affection. Tantôt son début est violent ; tantôt au contraire il est lent et insidieux et l'on voit la maladie s'installer pour un temps plus ou moins long sans qu'on ait pu surpendre la phase aiguë.

Quoi qu'il en soit, nous allons conserver pour la commodité de la description la division classique.

a. La *cystite aiguë* s'annonce par des *douleurs* qui se font sentir principalement au moment même de la miction. Dans l'intervalle des mictions, la malade ressent une sorte de pesanteur, de sensation de plénitude qui, d'abord est vague, mais qui cependant ne tarde pas à devenir de plus en plus accusée, assez impérieuse. Si la malade essaie de retarder la miction, le périnée, l'anus deviennent le siège de violentes douleurs, d'élancements ; il arrive un moment où l'urine s'échappe, une contraction spasmodique s'empare de tous les muscles qui prennent part à l'effort.

Au ténesme vésical vient s'ajouter du ténesme rectal, non moins pénible. L'urètre est parcouru par une douleur lancinante, cuisante ; certaines femmes la comparent à la sensation que produirait le contact d'un fer rouge.

Peu à peu, la crise diminue d'intensité, mais le calme n'est que relatif, il reste toujours un malaise, une lassitude très grande. Au bout d'une heure, et dans les cas sérieux encore en bien moins de temps encore, on voit les douleurs devenir de plus en plus rapprochées, et la crise éclater à nouveau. Parfois, les intervalles pendant lesquels les malades ne souffrent pas sont si courts, que les douleurs semblent être continues.

Il faut ajouter à ces faits très caractéristiques, que la palpation, le toucher vaginal et rectal sont très pénibles, ces moyens d'investigation permettent de constater, en outre, que la vessie est légèrement distendue.

Les *urines* présentent des altérations tout à fait caractéristiques. Leur quantité est diminuée. En les laissant reposer, on voit se former au fond du récipient un nuage grisâtre, qui peut être assez abondant. Au cours d'une cystite aiguë très intense, les urines prennent une coloration d'un rouge foncé ; elles contiennent du pus, du mucus, du sang et des cristaux d'acide urique.

La cystoscopie peut rendre de réels services au point de vue des connaissances des lésions internes qui accompagnent les cystites. — La muqueuse est très fortement injectée. Par places, on voit des taches ou des traînées, la surface est comme marbrée. Cet état local se traduit quelquefois par des phénomènes généraux assez sérieux, il y a de l'agitation, de l'insomnie, souvent de l'anorexie,

et si la malade néglige de se soumettre à un traitement rationnel, on voit survenir de l'amaigrissement et une perte des forces. Mais un fait sur lequel les anciens travaux et traités semblent insister, et qu'ils considèrent comme étant absolument constant c'est la *fièvre*. Guyon affirme au contraire que jamais la cystite pure, si intense qu'elle soit, ne donne lieu à une élévation de température.

Un accident autrement fréquent est la rétention complète ou incomplète. Dans le premier cas, la distension de la vessie porte la douleur au paroxysme, dans le deuxième, le médecin peut être facilement induit en erreur, car les besoins d'uriner, chez les malades, sont très fréquents et cependant la vessie ne se vide que d'une façon incomplète.

Quant à l'incontinence, on ne la rencontre guère au cours d'une cystite aiguë.

La *marche* et la *durée* de la cystite aiguë sont très variables, tantôt tous les phénomènes, que nous venons de tracer, disparaissent au bout de quelques jours ; tantôt, au contraire, on les voit se prolonger pendant des semaines, en présentant des périodes d'exacerbation et de rémission. D'une façon générale on peut dire que la marche et les différents modes de terminaison empruntent des caractères particuliers à chaque variété de cystite. Aussi, nous proposons-nous de les décrire avec celles-ci.

b. La *cystite chronique* n'est en somme qu'une cystite qui traîne, qui dure longtemps et résiste aux traitements mis en usage. Quant au reste, elle présente les mêmes symptômes que ceux qui ont déjà été décrits plus haut. Il faut dire cependant, qu'ils sont légèrement modifiés dans leur allure générale. Les douleurs ont une acuité moindre, elles sont plus accusées au début de la miction et s'annoncent par une sorte de pesanteur au-dessus du pubis ; la durée de ces douleurs est assez courte, mais lorsque la maladie dure depuis quelque temps, elles peuvent se prolonger un certain temps après la miction. En outre, il suffit quelquefois d'un léger écart de régime pour voir les symptômes reprendre leur acuité primitive ; sur la cystite chronique vient se greffer momentanément une nouvelle poussée de cystite aiguë.

Les mictions deviennent de plus en plus fréquentes, mais l'émission de l'urine souffre parfois quelques difficultés, c'est ainsi qu'elle peut être interrompue ou du moins gênée par les gros flocons

qui flottent dans l'urine et viennent à un moment donné entraver le jet.

Si on introduit une sonde dans la vessie — opération qui doit être exécutée avec les plus grands ménagements — on constate que le premier liquide expulsé est en général plus clair que le dernier qui se trouble, s'épaissit jusqu'à prendre l'aspect et la consistance du pus Si l'affection dure depuis quelque temps déjà, à une grande quantité de mucus vient se joindre du sang, du pus et enfin des cristaux d'acide urique.

L'examen microscopique révèle la présence de leucocytes en plus ou moins grande abondance et de cellules épithéliales.

Lorsqu'on laisse reposer les urines, on voit bientôt se former au fond un dépôt gris jaunâtre, mais le liquide qui surnage ne reprend pas une limpidité parfaite, et le trouble est probablement dû, soit à une certaine quantité de mucus qui se mélange d'une façon intime à l'urine, soit à une complication rénale.

Au lieu de rester acides, les urines subissent une transformation ammoniacale ; cette fermentation est d'origine microbienne.

Tous ces phénomènes locaux que nous venons de passer en revue peuvent, au bout d'un temps plus ou moins long, retentir sur la santé générale. Il y d'abord de la fatigue, de l'anorexie; peu à peu la malade dépérit, se cachectise. Les poussées inflammatoires renouvelées impriment un caractère encore bien plus grave à l'affection ; on voit alors survenir de la fièvre, des frissons, de la diarrhée, des sueurs profuses et finalement la mort. D'une façon générale on peut cependant dire que ce sont les complications telles que la pyélonéphrite, la néphrite infectieuse qui aggravent la marche de la cystite. Par elle-même elle amène rarement la terminaison fatale.

Le DIAGNOSTIC de la cystite chronique n'est pas difficile, on la reconnaîtra à la fréquence des mictions, à la douleur qui les accompagne, à l'altération des urines (présence de muco-pus) et à leur réaction ammoniacale.

C'est ainsi que dans la cystalgie simple, s'il y a des mictions fréquentes et de la douleur, les urines restent limpides, il n'y a ni pus, ni sang, ni excès du mucus.

Si une confusion est possible, c'est avec la pyélonéphrite; pour la différencier, il faut, après lavage préalable de la vessie, recueillir et examiner le liquide, qui s'écoule goutte à goutte par la sonde

introduite dans la vessie. S'il y a cystite, le liquide reste clair, si, au contraire, on a affaire à une pyélite ou pyélonéphrite, l'urine qui s'écoule ainsi sera déjà altérée.

Après avoir ainsi nettement établi qu'il s'agit bien d'une cystite, l'œuvre du gynécologue n'est pas terminée, il faut, pour qu'il puisse instituer un traitement raisonné, connaître la cause de la cystite, la variété de celle-ci.

Et ici, il devra passer en revue toutes les inflammations chroniques de la vessie.

La *cystite blennorrhagique*, qui est la conséquence de la propagation du virus blennorrhagique de l'urètre à la vessie, peut éclater chez la femme par suite d'un cathétérisme imprudent, mais bien plus souvent elle se déclare comme simple suite d'une urétrite blennorrhagique ; elle apparaît rarement au début de l'infection, et met un certain temps, parfois quelques semaines, pour atteindre le maximum d'intensité. Ses trois symptômes fondamentaux, la douleur, la fréquence des mictions et l'altération des urines, se retrouvent encore ici, peut-être avec des caractères plus accusés. Quand l'acuité est grande on voit les femmes souffrir atrocement, les besoins être pressants, l'hématurie presque constante, mais il est rare qu'elle soit profuse et que le sang remplisse la vessie. Cette allure grave de la cystite blennorrhagique est l'exception, les symptômes sont ordinairement moins prononcés et se bornent, dans la majorité des cas, à du ténesme. Les urines contiennent des grumeaux muco-purulents, dus surtout à l'existence d'une urétrite concomitante ; mais l'examen microscopique y révèle l'existence de micro-organismes pathogènes, de gonocoques.

La *cystite tuberculeuse* présente quelques symptômes communs avec les cystites blennorrhagique, calculeuse, et celles qui accompagnent le développement des tumeurs de la vessie.

Un signe fréquent dans toutes ces variétés de cystite est l'hématurie, mais elle présente dans le cas de tuberculose vésicale des caractères assez particuliers. Elle est ici très précoce, assez fréquente, le sang est généralement mélangé aux dernières gouttes d'urine qui s'écoulent, il peut cependant se montrer en quantité plus considérable. Ce que l'hématurie a de remarquable, c'est qu'elle diminue avec les progrès de la maladie.

Parmi les autres signes communs aux cystites, il faut signaler : les douleurs, le spasme urétral, la rétention, l'incontinence d'urine.

L'élément pathognomonique, qui est le bacille de Koch, est précieux au point de vue du diagnostic, mais sa recherche est difficile, délicate et assez longue.

Aussi devra-t-on, autant que possible, mettre à profit les signes tirés de l'examen physique. Pour y procéder, il vaut mieux ne pas employer d'instrument, le simple contact de celui-ci peut être le point de départ de graves complications. Il n'y a qu'un cas où l'emploi d'une sonde est indiqué, c'est lorsqu'on soupçonne l'existence d'un rétrécissement.

L'exploration par les voies rectale et vaginale renseigne sur la sensibilité du bas-fond de la vessie, l'induration de la région. Lorsqu'on déprime la région sus-pubienne, la *douleur* se fait souvent sentir au moment où on retire la main, surtout si ce retrait est un peu brusque.

Les *cystites* symptomatiques de *tumeurs de la vessie* se caractérisent aussi par de la douleur, des troubles de la miction et surtout de l'hématurie.

Mais ce qui permet de les différencier des autres cystites c'est l'empreinte particulière que porte chacun des symptômes énumérés.

C'est ainsi, que s'il est vrai que l'hématurie des tumeurs vésicales est précoce, elle est absolument indolore, au point d'être ignorée de la malade, elle ne s'accompagne ni de ténesme ni de besoins fréquents, et l'abondance du sang écoulé est absolument caractéristique. Les urines sont fortement teintées et cette coloration rouge persiste pendant toute la durée du jet, mais croît d'intensité du début à la fin. Ces hématuries se continuent pendant des jours, des semaines et même des mois, elles cessent d'une façon assez inopinée, pour reparaître au bout d'un temps plus ou moins prolongé.

Les *débris de tumeur*, que l'on trouve dans l'urine, semblent être précieux au point de vue du diagnostic, mais ils ne sont point constants et n'ont point de caractères bien nets. Quant à la *douleur*, elle ne se produit guère qu'à une époque tardive.

Vouloir préciser la nature d'une tumeur vésicale est souvent chose impossible. L'examen microscopique des débris expulsés n'est guère probant, étant donné que les couches superficielles de la tumeur peuvent différer d'une façon notable des couches profondes.

Le diagnostic du siège d'implantation de la tumeur est réalisé par l'exploration directe de la vessie, l'urètre ayant été préalablement dilaté.

La *cystite calculeuse* est provoquée par la présence d'un corps étranger, ou si la cystite existait déjà avant la formation du calcul dans la vessie, elle se trouve singulièrement exaspérée par sa présence. Les souffrances deviennent atroces au moindre mouvement, les envies d'uriner se répètent avec une fréquence extraordinaire et s'accompagnent d'efforts violents pendant la miction. Les hématuries se montrent surtout à propos de fatigues, de secousses que la malade subit en voiture par exemple.

Les *cystites*, provoquées par l'ingestion de médicaments tels que le sulfate de quinine, les iodures, l'abus des balsamiques, l'application de thapsias et de vésicatoires, se traduisent par une augmentation ou une diminution très notable dans la quantité d'urine. Mais les mictions sont toujours douloureuses, fréquentes, accompagnées de ténesme. L'urine contient même dans les cas les plus bénins une certaine quantité de pus ; lorsque l'inflammation atteint une violence plus considérable, on peut observer la formation de pseudo-membranes sur la face interne de la paroi vésicale. En même temps on voit survenir des modifications notables dans les urines. Elles deviennent ammoniacales, purulentes, extrêmement fétides ; peu à peu des petits lambeaux de muqueuse altérée sont entraînés avec l'urine ; lorsqu'ils atteignent des dimensions plus considérables ils forment un obstacle à l'expulsion de l'urine, et amènent même une rétention complète. On comprend que lorsque cet accident survient, des phénomènes graves puissent éclater. La vessie absorbe les nombreux éléments toxiques que contient l'urine altérée et l'empoisonnement éclate au bout de très peu de temps ; d'autre part l'altération profonde de la paroi vésicale permet de comprendre la possibilité de rupture de la vessie dans le cas d'inflammation très intense.

La MARCHE générale de toutes ces cystites est assez variable.

Dans la *cystite blennorrhagique* la durée est tantôt de quelques jours, tantôt de deux à trois semaines, parfois la maladie n'a aucune tendance à la guérison, résiste au traitement et présente de temps à autre des poussées aiguës. Il n'est pas rare de la voir même dégénérer en une cystite tuberculeuse.

La marche de la *cystite tuberculeuse* est différente suivant qu'elle se développe d'emblée ou qu'elle se greffe sur un terrain, qui est le siège d'une inflammation ancienne. Dans le premier cas on a une vessie très irritable, les mictions sont douloureuses, fréquentes et

suivies de l'expulsion de quelques gouttelettes de sang, ces symptômes peuvent s'atténuer, disparaître même pendant une période de temps plus ou moins prolongée pour donner à la malade un peu de répit, mais en général cette accalmie est fugace, bientôt suivie d'une recrudescence et d'une aggravation sérieuse de l'affection.

Est-on en présence d'une inflammation préexistante sur laquelle vient s'inoculer le tubercule, rien parfois ne révélera la présence de celui-ci. On aura toujours le même aspect pathologique avec fréquence et douleur des mictions, peut-être les hématuries auront-elles une gravité plus grande ; en tout cas le diagnostic de cette complication n'est pas aisé. Quant à la marche, elle sera notablement plus rapide, surtout s'il survient de la suppuration, des fistules ou des accidents de pyélo-néphrite.

La *cystite*, qui accompagne l'évolution des *tumeurs*, dépend absolument de l'état de la paroi vésicale. S'il s'agit d'une tumeur bénigne, la marche peut être extrêmement lente. Elle sera au contraire toute autre s'il se produit des complications du côté de l'uretère et du bassinet. Le tableau clinique change alors du tout au tout et aux symptômes presque bénins on voit succéder des phénomènes d'urémie et d'empoisonnement général. A mesure que l'affection progresse, la malade tombe dans une cachexie d'autant plus profonde que la tumeur a des allures plus malignes et que les hématuries sont plus abondantes.

La cystite des calculeux est soumise à l'évolution du calcul, au mode de vie et au régime des malades, mais même en dehors de ces conditions spéciales, la lésion vésicale et la rétention partielle d'urine finissent par déterminer l'éclosion de complications rénales et avec elles l'intoxication générale.

Le PRONOSTIC des cystites est très sérieux, plus grave dans certaines variétés, moins dans d'autres, mais toutes réclament un traitement bien dirigé.

Les indications du TRAITEMENT sont les suivantes :

1° Supprimer ou atténuer la cause quand on peut l'atteindre ;
2° Combattre la douleur ;
3° Agir sur l'état général.

Pour remplir ces indications on aura recours, suivant les cas, aux divers moyens que voici :

S'il y a cystite, causée par une métrite, une déviation utérine ou une affection périutérine, instituer la médication appropriée.

Si la cystite est symptomatique d'infection blennorrhagique, employer les tisanes diurétiques, queues de cerises, bourrache, chiendent. Faire des lavages antiseptiques fréquents avec une solution à 4 p. 100 d'acide borique ou avec une solution de nitrate d'argent à $\frac{1}{500}$. Dans les cas rebelles on se trouvera également bien d'instillations de 20 à 30 gouttes d'une solution de nitrate d'argent au $\frac{1}{50}$. Mettre des suppositoires à la belladone ou autre substance antispamodique pour calmer les souffrances de la malade

Si l'affection tient de la *tuberculose*, le meilleur est de favoriser le libre écoulement de l'urine tout en cherchant à obtenir le repos de l'organe. On y arrive par deux moyens qui sont la dilatation de l'urètre et la cystotomie vaginale :

La *dilatation forcée de l'urètre* est pratiquée soit avec les doigts, soit avec des instruments (bougies de Hégar, dilatateur à deux ou trois branches). Quel que soit l'instrument employé, il faut procéder à l'opération avec beaucoup de ménagements, il est bon de laisser une sonde à demeure pendant deux ou trois jours et de faire des injections antiseptiques.

Mais la dilatation de l'urètre échoue souvent, de plus elle amène parfois des accidents tels que ruptures, déchirures du canal, hémorrhagies, etc. Aussi aime-t-on mieux aujourd'hui avoir recours à la taille vésico-vaginale, à la *colpocystotomie*, qu'on pratique de la façon suivante :

La malade étant anesthésiée, et placée en position vulvaire, on abaisse la commissure postérieure de la vulve avec une valve appropriée et on fait fortement saillir la cloison vésico-vaginale avec un cathéter cannelé introduit par l'urètre. L'aide maintenant le cathéter bien exactement médian afin que l'opérateur ne puisse blesser l'uretère, le chirurgien sur l'index gauche placé au contact de la cannelure, dont il a préalablement reconnu les bords, ponctionne le vagin à un centimètre en arrière du col vésical.

Pour empêcher la réunion ultérieure de la plaie ainsi créée, on conseille d'attirer la muqueuse vésicale et de la suturer à la muqueuse vaginale.

La cystotomie ainsi faite est une bonne opération, destinée à rendre les plus grands services, surtout dans les cas où l'élément douleur acquiert une acuité très grande.

Dernièrement M. Bazy a cherché à appliquer les opérations courantes dans la gynécologie moderne aux cystites rebelles compliquées de pseudo-membranes et de sécrétions abondantes ; je veux parler du curage et de l'écouvillonnage. Cet opérateur fait le curage avec le lithrotriteur à mors fenêtrés qu'il entr'ouvre légèrement de façon à laisser un intervalle de un centimètre environ entre les mors. Il le promène ainsi ouvert sur le bas-fond, les parois latérales, et par quelques mouvements d'oscillations, il cherche à gratter la paroi postérieure. Ce procédé lui aurait donné les meilleurs résultats. Dans les cystites avec mucosités, M. Bazy propose de remplacer le curage par l'écouvillonnage. Il a fait construire un écouvillon vésical qui consiste dans une sonde à petite courbure, présentant à son extrémité vésicale deux ouvertures très larges par lesquels sortent les crins d'un écouvillon, qu'on peut ainsi promener dans la vessie.

2. — TUBERCULOSE DE LA VESSIE

Étiologie. — La tuberculose vésicale se montre tantôt comme première manifestation de l'infection par le bacille, tantôt comme simple épiphénomène évoluant à côté des accidents principaux.

La tuberculose de la vessie se rencontre à tous les âges.

Elle frappe plutôt l'homme, mais on la rencontre aussi chez la femme.

Pathologie. — Les inflammations de la vessie, les calculs, enfin l'urétrite blennorrhagique créent une prédisposition, un terrain favorable à la culture de l'élément pathogène de la tuberculose, mais le moment où la cystite simple devient tuberculeuse est difficile à saisir.

Quant à savoir quelle est la voie suivie par le bacille pour pénétrer jusque dans la vessie, les auteurs sont loin d'être d'accord et si les uns veulent que ce soient les organes génitaux ou l'urètre (Verneuil, Verchère), d'autres pensent que le bacille, circulant dans les liquides de l'organisme, parvient ainsi jusque dans les glomérules du rein, puis dans les voies urinaires. Il peut rester longtemps sans révéler sa présence, mais il suffit qu'il survienne une inflammation dans un organe quelconque, pour que cet organe devienne le siège de la tuberculose.

Anatomie pathologique. — La vessie est le plus souvent petite, ratatinée derrière le pubis, présentant le volume d'un œuf et contenant à peine quelques grammes de liquide.

Les fibres musculaires et conjonctives de la paroi vésicale sont hypertrophiées, quelquefois le travail inflammatoire aboutit à une sclérose qui étouffe le muscle; la vessie perd alors sa souplesse, son élasticité et la faculté d'expansion.

A côté des lésions pathognomoniques qui siègent généralement dans le triangle de Lieutaud et qui revêtent les caractères de granulations grises, isolées ou réunies en groupes, on en trouve qui ont subi la transformation caséeuse ou ulcéreuse. Ces ulcérations siègent au col, dans le trigône vésical ou au niveau de l'embouchure des uretères, tantôt petites, superficielles, entourées ou parsemées de petites granulations grises, tantôt profondes et mettant à nu la couche musculaire. Lorsque les lésions sont assez étendues, il n'est pas rare de voir la tuberculose s'étendre aux uretères, aux bassinets et enfin aux calices. La substance du rein peut elle-même être envahie par des granulations tuberculeuses. Le rein est augmenté de volume, bosselé et contient dans l'épaisseur de ses pyramides de petites cavernes.

Le tissu cellulaire périvésical devient parfois le siège de localisations tuberculeuses; on voit alors se former de petites cavités remplies de pus, qui peu à peu se frayent un chemin vers les organes voisins.

Les symptômes sont assez caractéristiques. Un des premiers est la *fréquence des mictions*, qui peut aller jusqu'à rendre tout sommeil, tout repos impossible; chaque changement de position provoque les envies, ce qui est dû au contact de l'urine avec la muqueuse cervicale malade. La vessie devient très intolérante et ne supporte qu'une faible quantité de liquide, de là des mictions impérieuses, mais en même temps un violent spasme du col rend l'émission des urines difficile. Les douleurs persistent parfois après les mictions, elles deviennent continues et les femmes ressentent comme une gêne, une constriction compliquée de sensation de brûlure presque continuelles. Toute pression au niveau de la région hypogastrique, la marche, la course, augmentent le malaise.

A la fin de l'émission des urines, la douleur est excessive et c'est à ce moment que l'on voit rendre quelques gouttes de sang; d'autres fois l'hématurie est plus abondante et l'urine sort colorée en rouge,

il peut arriver que l'écoulement de sang donne lieu à la formation de caillots, d'où rétention d'urine possible. Contrairement à ce que l'on observe chez les calculeux, l'hématurie ne disparaît pas par le repos et dure plusieurs jours, plusieurs semaines, souvent avec des interruptions et des périodes de calme.

Lorsque la maladie tuberculeuse de la vessie est bien établie, les hématuries sont beaucoup plus rares, l'urine devient trouble et l'on y trouve du pus. Celui-ci apparaît au commencement, pendant ou à la fin de la miction. Sa quantité augmente au fur et à mesure que les lésions sont plus avancées. La pyourie se complique aussi de polyurie par suite d'une irritation réflexe du rein ou d'une véritable dégénérescence rénale, celle-ci survenant surtout à la dernière période de la maladie.

Les signes physiques auxquels donne lieu la tuberculose vésicale sont les suivants :

La palpation ou la simple pression de la région hypogastrique détermine de fortes douleurs. Chez quelques malades, il faut soulever brusquement la main après avoir déprimé légèrement la paroi abdominale pour déterminer cette sensibilité spéciale.

La présence d'excroissances polypiformes au niveau de l'orifice urétral serait pour Terrillon assez caractéristique de la tuberculose vésicale.

Le toucher vaginal donnera certains renseignements sur l'état de la paroi vésicale, sur son épaississement, sa dureté, sa sensibilité.

L'examen des urines montre la présence de globules rouges, de leucocytes et cellules provenant de la muqueuse de la vessie, des uretères et du bassinet, et enfin dans certains cas du bacille.

La marche de la tuberculose de la vessie est assez irrégulière. Lorsqu'il s'agit d'une localisation primitive, la santé générale semble se conserver assez longtemps, mais il arrive cependant un moment où les mictions deviennent de plus en plus fréquentes, douloureuses et accompagnées de perte de sang; que la cystite complique la maladie primitive et on verra l'état général péricliter très rapidement. Dans le cas où la tuberculose d'un organe important vient se compliquer de manifestations tuberculeuses secondaires de la vessie, les lésions de celles-ci évoluent avec grande rapidité.

La durée de la maladie peut être évaluée d'une façon approxi-

mative de un à deux ans, mais on connaît des cas où elle a duré cinq et même dix ans sans que la santé générale s'en ressente.

Ces données sur la marche et la durée permettent de formuler le pronostic, qui sera mauvais pour la tuberculose secondaire de la vessie et relativement moins grave pour les manifestations primitives.

Le DIAGNOSTIC serait facile si le bacille, qui est l'élément pathognomonique, était toujours constant dans l'urine, mais il n'en est rien, et force nous est de recourir à l'étude des symptômes pour différencier la tuberculose vésicale d'autres maladies.

Le diagnostic avec la *cystite blennorrhagique* sera dans quelques cas assez difficile. Mais il y a un caractère qui lui est spécial c'est l'absence de douleurs dans l'intervalle des mictions.

Dans la *cystite calculeuse*, les malades ne souffrent et ne perdent du sang qu'à la suite de fatigues.

Dans les *tumeurs vésicales*, l'émission de sang se fait sans douleur ; les douleurs n'arrivent qu'à la période ultime.

Le TRAITEMENT devra être médical et chirurgical. On donnera aux malades un peu d'huile de foie de morue, de la créosote, on combattra les douleurs par des injections sous-cutanées de morphine, les antispasmodiques, et les hématuries par les injections au tannin, par la glace. Si cela ne suffisait pas, on ferait la dilatation de l'urètre et du col vésical et au besoin la taille.

3. — CALCULS VÉSICAUX

ÉTIOLOGIE. — Plus fréquents dans le sexe masculin, on rencontre les calculs vésicaux dans la proportion de 5 femmes pour 100 hommes. La largeur plus grande de l'urètre chez la femme explique sous un certain rapport cette rareté, car l'évacuation des calculs est chez elle bien plus facile. Outre ces conditions purement anatomiques, il n'est pas impossible que le genre de vie et même la sobriété relative de la femme soient pour quelque chose dans cette prédilection de la maladie pour le sexe masculin.

Les calculs existent chez les gens de tout âge. D'après la statistique personnelle de Guyon, on trouve au-dessous de 50 ans, 10 p. 100 ; de 50 à 70 ans, 70 p. 100 ; et enfin au-dessus de 70 ans, 20 p. 100.

Les causes locales sont : la rétention d'urine qui agit par la cystite qu'elle provoque à la longue et les corps étrangers qui forment les noyaux des futures concrétions solides.

Anatomie pathologique. — En général le calcul est unique, mais il n'est pas rare d'en voir deux, trois et même plus. Il va sans dire que lorsqu'ils sont plusieurs, leur volume est moins considérable. Quelquefois les calculs atteignent de grandes proportions ; on en cite qui auraient eu le volume d'un œuf de dinde et même d'un œuf d'autruche. Dans l'étude que Dolbeau consacre à l'étude du volume et de la forme des calculs, il fait mention d'un cas absolument exceptionnel où la pierre pesait environ six livres (Morgagni).

La *forme* des calculs est très variable, tantôt ovoïde, tantôt arrondie, sphérique ou polyédrique; cette dernière se rencontre surtout lorsque les calculs sont en grand nombre.

La *surface* est lisse ou grenue, parfois les calculs présentent de petites saillies mamelonnées ou de véritables pointes.

Les concrétions formées d'oxalate de chaux sont arrondies et recouvertes de nodosités, celles d'acide urique et d'urate d'ammoniaque sont ovoïdes légèrement aplaties, à surface lisse, ou quelquefois chagrinée; lorsqu'elles sont de nature phosphatée, la forme est plus irrégulière.

La *couleur* des calculs change aussi avec leur constitution chimique. Ils sont blanc-gris dans le cas où il s'agit de concrétions phosphatées, noir-ardoisé lorsque c'est l'oxalate de chaux qui les forme, jaunes quand c'est de l'acide urique.

La *consistance* des calculs change aussi avec leur constitution, il y a là une gradation entre la mollesse voisine de la fluidité jusqu'à la dureté du marbre.

Les calculs mous (phosphate ammoniaco-magnésien ou urate d'ammoniaque) se réduisent en poussière lorsqu'ils subissent la dessiccation.

Les calculs durs sont ceux où l'oxalate de chaux est prédominant.

Configuration intérieure des calculs. — Toute concrétion calculeuse se compose d'une partie centrale, *noyau*, et d'une partie périphérique, *écorce*. Le *noyau* formé parfois de mucus, de sang, de fibrine, de débris de tissus normaux ou pathologiques, contient surtout des éléments précipités de l'urine, acide urique, oxalates, phosphates. Lorsqu'on coupe un calcul en travers, on peut parfois

trouver à son centre une cavité circonscrite par un liseré noirâtre, et, dans cette cavité, ou un petit noyau solide, ou une matière pulvérulente, qui s'effrite au moindre contact. L'*écorce* du calcul se présente sous différents aspects, tantôt c'est un amas de petites granulations, cristaux agglutinés par une substance molle organique (calculs granulés) ; tantôt l'écorce se montre sous la forme de lamelles concentriques, qui laissent parfois entre elles des vides et des cavités, qui diminuent singulièrement la consistance de la concrétion (calculs lamellés).

Mode de formation. — D'après Scherer, la cause première de la précipitation des sels est dans l'altération, la fermentation de l'urine. Cette modification dans la composition des produits de la sécrétion rénale survient sous l'influence de deux sortes de ferments, l'un agit en décomposant les urates et mettant en liberté l'acide urique; l'autre décompose l'urée en carbonate d'ammoniaque, sel très peu stable en soi. — W. Ord veut que, sous l'influence de différentes substances colloïdes (mucus, matière colorante) ou de l'albumine, du sucre, du sang, du pus, les substances tenues en dissolution s'agglomèrent, s'unissent pour former des calculs. Quoi qu'il en soit, le calcul, une fois formé, s'accroît de la façon suivante : Les diverses substances solides, qui se trouvent en dissolution dans l'urine, se précipitent sous forme de grains ou de petites lamelles tout autour du centre qui est tantôt un caillot de sang, tantôt un corps étranger, etc., etc. Certains calculs s'agrandissent beaucoup plus rapidement que les autres ; les calculs phosphatiques par exemple, en quelques mois, peuvent atteindre des dimensions assez notables, contrairement aux calculs oxaliques et uriques qui, surtout lorsqu'ils sont compacts, mettent des mois et des années pour arriver à présenter un volume très moyen.

Lésions des voies urinaires accompagnant les calculs. — La forme de la vessie est parfois modifiée, elle peut être munie de prolongements de diverticula qui favorisent le développement de la pierre. On a aussi noté une hypertrophie notable de la paroi. La surface interne de la vessie, la muqueuse est ordinairement altérée dans sa coloration, parsemée d'arborisations vasculaires, de végétations; dans des cas très rares on a vu des perforations des parois de la vessie et la sortie du calcul sous la séreuse. — Les concrétions solides qui se trouvent dans la vessie occupent ordinairement les

parties déclives, le bas-fond vésical. Les autres lésions, telles que production de colonnes, de cellules, l'enkystement des calculs dans des compartiments circonscrits limités par les colonnes musculaires de la paroi vésicale, se trouvent d'une façon presque exclusive chez l'homme atteint depuis longtemps de troubles urinaires (hypertrophie de la prostate, rétrécissements).

Symptômes. — Les symptômes, qui révèlent l'existence de calculs, sont les douleurs, les modifications et les troubles de la miction, l'hématurie, l'interruption brusque du jet urinaire.

Nous allons les passer en revue et essayer de les mettre à profit pour le diagnostic.

Il est rare que les douleurs viennent d'une façon tout à fait spontanée, il faut une cause quelconque pour les faire éclater. C'est généralement à la suite d'un saut, d'une course, d'un voyage plus ou moins long en voiture qu'elles font apparition. La miction, elle aussi, devient une cause de souffrances, et voici comment : tant que la vessie contient du liquide, la pierre se trouve séparée de la paroi par une couche plus ou moins épaisse de liquide, et sa présence est à peine sentie. Il en est tout autrement quand la vessie est vide, les parois s'appliquent d'une façon étroite sur le calcul, le refoulent sur le col. La sensibilité exquise de ce dernier, une fois mise en jeu, s'exagère et provoque une série de contractions réflexes très douloureuses. Les sensations pénibles s'étendent peu à peu, et au lieu d'une simple gêne au niveau du périnée et de l'extrémité de l'urètre, les douleurs s'irradient dans les aines, la région lombaire. Guyon a signalé des cas où les irradiations s'étendaient jusqu'à la jambe, la plante du pied et le gros orteil, simulant ainsi une névralgie analogue ou une attaque de goutte.

Les mictions sont très fréquentes, il peut arriver qu'un calcul s'engage dans le col et détermine une interruption brusque du jet, phénomène qui est considéré comme signe pathognomonique de la présence d'une concrétion dans la vessie ; mais cet accident est loin d'être fréquent et perd ainsi de sa valeur.

De même, le calcul peut pénétrer jusque dans l'urètre et empêcher l'évacuation de la vessie, d'où rétention d'urine qui disparaît avec le déplacement du calcul.

Un symptôme aussi important, sinon plus précieux, est l'*hématurie*. A la suite d'une course à pied ou en voiture, la malade rend

pendant un certain temps une certaine quantité de sang, intimement mélangé à l'urine ; l'hémorrhagie se renouvelle sous l'influence des causes signalées.

Les urines ne subissent d'altération profonde qu'au bout d'un temps plus ou moins long, lorsque le calcul aura déterminé une cystite. Les caractères de celle-ci ont été décrits dans le chapitre du diagnostic des cystites en général. Les *signes physiques* sont de beaucoup les plus importants.

Le toucher *vaginal* permet de sentir le calcul, quand ce dernier est déjà d'un certain volume. Combiné avec le palper par la région hypogastrique, il pourra rendre les plus grands services.

Mais c'est à l'exploration intra-vésicale qu'il faut avoir recours ; on se sert d'un explorateur plein à petite courbure ou simplement d'un hystéromètre. L'instrument, une fois dans la vessie, est poussé en arrière jusqu'à la rencontre de la paroi postérieure, puis son bec incliné d'un côté, on le ramène vers le col en glissant sur la surface interne de la vessie. On recommence la même manœuvre de l'autre côté. Puis on renverse l'instrument et, le bec dirigé en bas, on procède à l'exploration de la base et du bas-fond de la vessie.

Le heurt de l'instrument contre la pierre est annoncé par une *sensation de frottement*, de *grincement* transmise par le manche du cathéter jusqu'aux doigts qui le tiennent. En outre on entend un *son clair* au moment où l'instrument vient à toucher la pierre.

La marche de l'affection dépend absolument de l'état de la vessie et des voies urinaires. La pierre peut rester très longtemps sans donner lieu à aucun symptôme grave, et chez la femme on peut observer son expulsion spontanée.

Pronostic et Traitement. — Le *pronostic* est aussi bien moins grave chez la femme que chez l'homme, et le *traitement* bien plus aisé : la brièveté du canal de l'urètre et la possibilité d'atteindre la vessie par le vagin permettent des procédés inapplicables chez l'homme.

Mais la taille vésico-vaginale et la lithotritie ne sont pas les seuls moyens que nous ayons à notre disposition. Car on peut avoir recours à la dilatation de l'urètre et à l'incision de celui-ci.

La *dilatation de l'urètre* peut être poussée assez loin, et Paul Hybord a montré que l'urètre est capable d'acquérir, par l'action du dilatateur, un diamètre de dix millimètres, sans qu'on y cons-

tate la moindre lésion. Mais Simon et Spiegelberg ont montré qu'il est possible d'aller jusqu'à vingt-cinq et même trente millimètres.

On emploie soit la dilatation lente, soit la dilatation rapide.

La *dilatation lente* se pratique en introduisant dans le canal de l'urètre un corps qui se gonfle sous l'influence de la chaleur et de l'humidité, par exemple une tige de laminaire, qu'il est assez facile de rendre aseptique, mais ce procédé est douloureux, gênant.

La *dilatation rapide* se fait de deux façons différentes :

C'est ainsi que Simon introduit dans l'urètre une série de spéculums en caoutchouc durci.

Reliquet débride le méat par trois petites incisions, conduit ensuite dans la vessie un dilatateur à trois branches ou le dilatateur de Dolbeau, puis il procède à l'écartement graduel des branches de l'instrument. Dès qu'il a achevé la dilatation, il introduit le doigt dans la vessie et s'en sert pour guider des pinces, qui doivent saisir le calcul et l'amener au dehors.

La *lithotritie* passe pour être une opération très facile chez la femme. C'est une réputation qu'on lui a faite et qu'on ne discute plus, dit M. Guyon. Mais si l'introduction du lithotriteur ne souffre aucune difficulté, l'opérateur rencontre au broiement de nombreux obstacles.

La vessie de la femme est très grande, très flasque, aussi l'instrument tâtonne-t-il et s'égare. En outre, l'absence de la prostate fait que le calcul, au lieu de se loger derrière elle, se déplace à tout instant; aussi est-on obligé de le chercher pendant assez longtemps, avant d'établir le contact.

Une fois la pierre reconnue, on introduit dans la vessie une certaine quantité de liquide, environ 150 grammes, et ensuite on dispose le lithotriteur debout, perpendiculairement à l'axe du corps. L'instrument ainsi placé est pressé avec une certaine force par en bas, déprimant ainsi la vessie ; en touchant par le vagin, le doigt peut sentir, derrière les parties molles, le bec saillant du lithotriteur appuyé sur la paroi postérieure du conduit vaginal. On crée de la sorte une région déclive enfoncée en cupule, où le calcul et ses fragments doivent naturellement venir se déposer, et on remédie à l'absence de la loge rétro-prostatique chez la femme.

S'il y avait de la cystite et si la vessie était, par suite, irri-

table, il faudrait renoncer à la manœuvre que nous venons de décrire.

On procède au broiement et on lave la vessie, puis avec un lithotriteur à mors plats on fait une deuxième séance de broiement. Il peut arriver qu'au cours des manœuvres la paroi de la vessie soit prise entre les mors de l'instrument, cet accident sera révélé au dehors par l'écartement de ses deux branches. Comment va-t-on faire pour libérer la partie pressée? Guyon conseille d'attirer doucement en avant les deux branches vers le col, sans les serrer; en arrivant au col, la vessie se retire doucement en arrière par le seul fait de son élasticité.

Nous en avons fini avec la lithotritie, voyons quels sont les procédés de *taille* employés chez la femme?

La plus simple est la taille *urétrale*.

L'incision comprend toute la longueur du canal urétral et le col de la vessie. L'opération est faite à l'aide d'un lithotome à lame cachée, ou à l'aide d'un bistouri guidé par une sonde cannelée.

Dans la taille *vésico-vaginale*, la femme étant en position vulvaire, un cathéter cannelé et recourbé est introduit dans la vessie de manière à faire bomber la cloison vésico-vaginale. Ensuite, le chirurgien, après avoir bien senti avec le doigt la cannelure du cathéter, y pénètre avec un bistouri. La longueur de l'incision ne doit pas dépasser 30 millimètres et doit être longitudinale. Vallet et Bozemann la conseillent transversale, mais l'un la place au niveau du bas-fond, et l'autre immédiatement au-dessus de l'orifice urétro-vésical.

Certains chirurgiens se servent du bistouri pour faire cette incision, d'autres l'achèvent au lithotome introduit par une boutonnière dans la paroi vaginale, ou encore, comme Emmet, la divisent à l'aide des ciseaux.

Quant à la taille *hypogastrique*, elle devient pénible par suite de la difficulté qu'il y a à faire garder à la vessie de la femme assez de liquide pour la faire bomber au-dessus des pubis. On en est réduit à se servir d'un conducteur introduit dans la vessie et venant faire saillie au-dessus du pubis.

A quel genre d'opération faudra-t-il s'adresser? Quelle est celle qui devra avoir nos préférences?

Si l'on consulte uniquement les chiffres donnés par la statistique, c'est à la dilatation de l'urètre et à la lithotritie qu'il faut avoir recours.

La dilatation rapide de l'urètre est évidemment un procédé très commode, mais il présente un inconvénient assez sérieux; il arrive encore assez souvent qu'elle laisse à sa suite une incontinence d'urine, qui, passagère dans certains cas, devient définitive dans d'autres.

Chez les jeunes filles de moins de 15 ans, la dilatation est contre-indiquée à cause du rapprochement des branches ischio-pubiennes.

La taille urétrale présente aussi des inconvénients : c'est une opération qui peut amener des lésions du vagin et de l'incontinence d'urine.

La taille vésico-vaginale ne sera faite que chez les femmes dont l'hymen n'existe plus; chez les petites filles et les vierges, cette intervention est absolument à proscrire.

La taille hypogastrique fournit une voie très large, mais elle est bien plus difficile à exécuter que chez l'homme.

C'est donc à la lithotritie rapide que l'on aura recours dans la grande majorité des cas. La seule contre-indication à cette opération est la grande résistance de la pierre qui s'oppose à son broiement.

4. — CORPS ÉTRANGERS

Des circonstances fort variées président à l'introduction de différents objets dans l'urètre et la vessie. Tantôt il s'agit d'un cathétérisme intempestif ou mal conduit : il peut arriver, en effet, qu'une sonde en verre se casse et qu'un fragment reste fixé dans le canal de l'urètre; les sondes d'argent se fragmentent rarement, mais les pièces qui les composent peuvent se disjoindre et être gardées.

Certaines femmes, poussées par la folie ou l'excitation vénérienne, introduisent des aiguilles, des crayons, des épingles, des clefs, des noyaux de fruits, etc.

Les SYMPTOMES auxquels donne lieu le séjour de corps étrangers dans l'urètre sont les suivants :

Presque toutes les malades accusent une douleur assez vive dans le bas-ventre particulièrement à la fin des mictions. Il faut cependant dire que quelquefois le corps étranger est assez bien toléré et

les malades n'avouent l'accident que bien des jours après sa production ; ce n'est qu'à des intervalles assez espacés qu'elles ressentent une sensation assez pénible coïncidant avec l'émission des dernières gouttes d'urine. Au bout d'un temps plus ou moins long, les corps étrangers s'incrustent de sels phosphato-magnésiens ; sous l'influence d'une cystite provoquée par le séjour de ces corps, qui sont toujours chargés d'une quantité plus ou moins considérable de matière septique, on voit la paroi subir des altérations assez profondes, qui aboutissent quelquefois à l'ulcération et même à la perforation.

Le toucher vaginal, le palper hypogastrique et le cathétérisme permettent de constater la position et les rapports du corps étranger.

Dans quelques cas, il est expulsé spontanément, mais bien plus souvent il donne lieu à de la rétention d'urine, à des hémorrhagies qui, parfois, peuvent être assez graves, et à la perforation de la cloison vésico-vaginale. Lorsqu'il s'agit d'un corps étranger mesurant une assez grande longueur, il peut arriver que les lésions s'étendent jusqu'à la paroi recto-vaginale.

Le DIAGNOSTIC ne sera bien établi que lorsqu'une exploration bien menée aura démontré la présence du corps étranger.

Il est bon de commencer ces recherches par le toucher vaginal, le doigt peut assez souvent renseigner sur la présence et même sur la situation du corps étranger.

Il est utile de compléter cet examen qui, malgré tout, ne peut être que très sommaire, par l'examen de la lumière même du canal. L'endoscope de Skene, l'introduction d'une petite valve qui écarte les parois de l'urètre, et enfin la section de la paroi inférieure peuvent mettre le corps étranger à découvert.

Le TRAITEMENT consiste à faciliter l'expulsion spontanée en dilatant l'urètre. Pour des corps de petites dimensions, on emploie l'aspirateur comme après la lithotritie. S'ils sont friables, on peut les fragmenter ; s'ils sont trop résistants, on essaie de les sectionner.

Souvent, les corps étrangers placés transversalement dans la vessie, ne pouvant être saisis que par leur milieu, sont difficiles à extraire.

On a construit des instruments fort ingénieux destinés à redresser, à faire basculer le corps étranger une fois pris : il est bon dans tous ces essais d'extraction de laisser un doigt dans le vagin

pour aider et guider l'instrument choisi. Dans certains cas, un simple stylet aiguillé, recourbé à son extrémité, pourra permettre l'extraction après dilatation préalable de l'urètre.

5. — TUMEURS DE LA VESSIE

Les tumeurs de la vessie constituent une affection relativement rare, qui se rencontre surtout de 50 à 70 ans chez l'homme, chez la femme avant l'âge de 40 ans et chez les jeunes enfants dans les premières années. La fréquence des tumeurs est de beaucoup plus grande chez l'homme que chez la femme : 100 hommes contre 20 femmes.

Anatomie pathologique. — Les tumeurs de la vessie peuvent être divisées en deux catégories bien distinctes : les tumeurs bénignes et les tumeurs malignes.

Pousson fait entrer dans le premier groupe :

1° Les papillômes lisses ou villeux ;
2° Les myxômes ;
3° Les fibrômes ;
4° Les myômes.

Dans le second :

1° Les épithéliômes.
2° Les carcinômes. { encéphaloïdes. squirrhes. colloïdes.
3° Les sarcômes.

On a encore décrit des kystes, des enchondromes, etc., mais ce sont là des curiosités. Les tumeurs papillaires, fibreuses, myomateuses, épithéliomateuses et encéphaloïdes sont les seules qui doivent nous occuper.

Le siège de prédilection de ces tumeurs est la base de la vessie ; viennent après la paroi postérieure, le col et enfin les parois antérieure et latérales.

Les ganglions lymphatiques pelviens et lombaires restent indemnes, ce qui s'explique par l'absence de lympathiques dans les parois vésicales. Il n'y a donc jamais de généralisation et l'état général peut rester assez bon pendant longtemps.

La vessie est le plus souvent rétractée, avec parois très hypertrophiées dans les endroits demeurés indemnes.

S'il y a cystite, il n'est pas rare de trouver des concrétions phosphatiques.

Le rein présente des lésions de néphro-pyélite et de néphrite interstitielle.

La SYMPTOMATOLOGIE est devenue d'une grande clarté grâce aux travaux de Guyon.

Un signe de premier ordre, qui laisse bien derrière lui les autres est ici l'*hématurie*. Elle manque d'une façon tout à fait exceptionnelle. Survenant sans aucune cause provocatrice, contrairement à l'hématurie des calculeux. La malade s'aperçoit qu'elle rend du sang en urinant, notamment le matin au réveil ; l'hématurie disparaît, comme elle est venue, sans motif, mais elle est généralement assez abondante, elle peut durer longtemps et épuiser très rapidement la malade.

Les urines sont à peine modifiées dans leur composition ; si la quantité de sang est trop grande, il y a coagulation et formation d'une masse adhérente au vase.

Au début de l'émission, l'urine est à peine teintée, peu à peu elle se fonce, car la diminution de la pression intra-vésicale favorise la rupture des vaisseaux mal protégés de la tumeur.

En dehors des périodes d'hématurie les urines sont claires, du moins au début de la maladie, car plus tard, lorsqu'à l'affection principale vient se joindre la cystite, les urines sont boueuses et répandent une odeur infecte. A la fin de la miction, on voit quelquefois sortir des *débris* de la tumeur vésicale, il ne faut pas négliger de pratiquer l'examen histologique du néoplasme ; dans quelques cas, rares il est vrai, on a pu en déduire la nature.

L'existence des *douleurs* n'est pas constante, il y a là des différences individuelles qu'on s'explique difficilement en dehors des cas où la tumeur siège au niveau du col vésical.

D'après Thompson les douleurs précoces seraient caractéristiques des tumeurs malignes, tandis que pour Guyon la douleur ne paraît que lorsque la vessie se contracte ou lorsque le néoplasme a, de proche en proche, envahi les organes voisins.

SIGNES PHYSIQUES. — La tumeur vésicale est susceptible de sortir par l'urètre qu'elle dilate. De même que les polypes du rectum peuvent produire l'inversion de la muqueuse, de même les tumeurs pédiculées de la vessie peuvent amener la muqueuse vésicale au dehors.

Le palper abdominal associé au toucher vaginal donnera des renseignements sur l'étendue et la consistance du néoplasme, l'état des parois et enfin la mobilité des organes du petit bassin, M. Bazy insiste sur une sensation de ballottement que l'on percevrait en distendant modérément la vessie et en plaçant un doigt dans le vagin pendant qu'avec l'autre main on déprime la paroi abdominale derrière la symphyse du pubis.

Quant au cathétérisme vésical, on ne devra y avoir recours pour éclairer le diagnostic que d'une façon tout à fait exceptionnelle, car il peut provoquer des hémorrhagies rapidement mortelles. Si l'on était contraint à pratiquer une exploration, il faudrait choisir une sonde métallique à extrémité bien mousse et dépourvue d'ouvertures.

Lorsque la sonde rencontre une végétation, on éprouve, d'après Guyon, la même sensation que l'on perçoit en caressant avec le bec de la sonde une barbe soyeuse, une surface veloutée.

Au besoin on peut dilater l'urètre et se servir du doigt pour explorer la cavité vésicale.

La marche des tumeurs de la vessie est extrêmement lente et capable de durer des dizaines d'années ; il n'est pas besoin de dire que cette longue durée ne s'observe que dans le cas de tumeurs bénignes.

La marche est d'ailleurs souvent précipitée par le fait des complications (cystite, néphrite, pyélo-néphrite, etc.).

Le DIAGNOSTIC des tumeurs vésicales comprend deux points : reconnaître l'existence de la tumeur et en déterminer la nature.

C'est surtout sur les caractères de l'hématurie qu'on basera le diagnostic. On se servira du toucher combiné au palper pour reconnaître le siège de la tumeur, l'état de la paroi vésicale et des parois voisines.

TRAITEMENT. —Dans la majorité des cas, grâce à un traitement chirurgical, on rend la vie des malades plus supportable. Toutefois si l'opération donne d'assez bons résultats à l'âge adulte, la léthalité croît avec l'âge.

Les opérations semblent être graves et sans grande utilité, lorsque la paroi vésicale est le siège d'une vaste infiltration, que les organes voisins sont déjà envahis par le néoplasme ou qu'il existe des lésions rénales.

Opérations. — On comprend qu'une tumeur franchement pédiculée, attachée à la face interne de la vessie, ne sera pas justiciable

des mêmes procédés qu'une masse qui adhère par une large base. Le chirurgien devra employer un moyen d'extirpation différent, lorsqu'il aura en face de lui une tumeur friable ou un néoplasme d'un tissu très ferme.

Chez la femme on peut dans la majorité des cas faire l'opération par les voies naturelles.

Si la tumeur pédiculée fait *saillie à travers l'urètre*, il suffira de l'attirer au dehors avec des pinces, de façon de bien découvrir le pédicule sur lequel on appliquera soit une chaîne d'écraseur, soit un serre-nœud ; on n'aura alors qu'à retrancher la tumeur à l'aide d'un bistouri ou d'un coup de ciseaux. Si l'on redoute l'hémorrhagie, on pourra faire la ligature du pédicule avec un fil élastique ou une anse métallique.

Quand le néoplasme est dans l'*intérieur de la vessie*, on commence par dilater l'urètre et l'on procède d'abord à l'exploration digitale.

Si la tumeur est *molle*, *friable*, on emploiera la curette; le doigt introduit avec la curette guidera celle-ci et empêchera qu'elle ne vienne toucher les parties saines. Pendant cette opération on a soin de donner plusieurs injections à l'acide borique, pour débarrasser la cavité des caillots sanguins ou des débris de la tumeur.

Si la tumeur est dure, on ira jeter un fil sur le pédicule et l'on essaiera d'attirer la tumeur au dehors.

L'opération est-elle impossible ? on fait la taille urétro-vaginale, en incisant toute la paroi inférieure de l'urètre et une grande partie de la paroi vaginale antérieure. Simon conseille de pratiquer une incision en T, dont la branche verticale suit le milieu de la cloison vésico-vaginale et s'arrête à quelque distance du col, la branche transversale passant par l'extrémité antérieure de la première et s'étendant à 3 centimètres de chaque côté. Mais il est des cas dans lesquels tout l'intérieur de la vessie donne attache à des tumeurs pédiculées ou sessiles; contre celles-ci les manœuvres que nous venons d'exposer seraient peut-être difficiles à appliquer. Aussi peut-on songer dans ce genre de lésions, à faire la taille hypogastrique. Les résultats opératoires ont été relativement bons. C'est ainsi que d'après Pousson la mortalité ne serait que de 5,55 p. 100 chez la femme.

Quelques auteurs ont cherché à appliquer au traitement des tumeurs de la vessie le résultat de leurs expériences sur les animaux et ont proposé la résection de la vessie (Novaro, Vincent, Fischer, Gluck, etc.). Pousson, avec Bazy, admet la résection par-

tielle dans le cas où l'on aurait la certitude de pouvoir enlever dans sa totalité la zone dégénérée.

IV

PATHOLOGIE DES URETÈRES ET BASSINETS

De la pathologie des uretères et des bassinets nous n'étudierons que l'inflammation (uretéro-pyélite), car les tumeurs de ces canaux urinaires seront décrites au chapitre XII (voir p. 641).

1. — URETÉRO-PYÉLITES

Étiologie. — Cette variété d'inflammation survient ordinairement à la suite des cystites de longue durée (cystite blennorrhagique, cystite calculeuse, etc.), ou de la propagation des phlegmasies pelviennes (pelvicellulite, phlegmons du ligament large, etc.).

Dans tous les cas, la marche est ascendante.

Les uretéro-pyélites descendantes sont consécutives à des néphrites et surtout, on pourrait presque dire dans la très grande majorité des cas, à la tuberculose rénale. Robin a signalé l'existence des uretéro-pyélites primitives *a frigore*.

Anatomie pathologique. — Dans les uretéro-pyélites, on trouve très souvent des lésions du côté de l'urètre, et presque toujours de la cystite à des degrés variables.

Les embouchures des uretères ont leur aspect, leur calibre ordinaires; mais il existe des cas où les orifices uretéraux participent à la dilatation du reste du canal. On arrive alors à pénétrer très facilement dans l'uretère, l'obliquité du trajet intra-pariétal n'existe plus et il y a large communication entre la vessie et les uretères. Ceux-ci sont très dilatés et présentent des rétrécissements valvulaires, d'autres fois ils sont surtout épaissis avec ou sans rétrécissement, mais entourés, englobés par le tissu fibro-lipomateux de la péri-uretérite (Hallé).

Dans le premier type l'uretère peut atteindre le volume d'une anse d'intestin grêle et même du gros intestin. Il est flexueux, moni-

liforme et apparaît comme un chapelet de bosselures molles fluctuantes. A leur niveau on sent une fluctuation manifeste à la pression, le liquide contenu dans ces dilatations passe des parties supérieures dans la vessie.

A l'ouverture des uretères, on constate que la muqueuse est épaissie, lisse ou tomenteuse, rouge, souvent ardoisée par des arborisations vasculaires et un piqueté noirâtre d'anciennes ecchymoses.

Dans le second type de lésions ce qui est caractéristique c'est la péri-uretérite. Le tissu fibro-graisseux péri-uretéral adhère d'une façon tellement intime au conduit qu'il faut le disséquer patiemment au milieu de la gangue indurée pour l'en dégager. L'uretère est épaissi, et les rétrécissements que l'on y trouve ne sont plus des valvules, des éperons, mais des coarctations annulaires cicatricielles analogues à celles que l'on rencontre dans les rétrécissements communs; on les trouve à n'importe quel niveau sans aucune fixité. Un caractère assez important de ce genre de lésions est d'être unilatérales.

Les reins sont dilatés, bosselés. A la coupe faite sur le bord convexe du rein, on trouve un système de cavités, de loges de volume variable représentant le bassinet et ses calices. La poche centrale est formée par le bassinet, les loges secondaires sont les calices, elles s'ouvrent dans la loge principale par des orifices arrondis et sont séparées les unes des autres par des cloisons complètes ou réduites à l'état de brides.

Le tissu rénal s'atrophie; au point de vue histologique, les lésions du rein dans les uretéro-pyélites sont celles de la néphrite interstitielle diffuse, cette sclérose présente d'ailleurs des degrés très différents. La capsule cellulo-adipeuse du rein peut aussi être le siège d'altérations assez sérieuses. Quand il y a péri-uretérite, on observe aussi de la péri-néphrite adhésive.

Les SYMPTÔMES sont dans bien des cas assez insidieux; l'uretéro-pyélite débute, progresse et passe inaperçue jusqu'à une période très avancée des lésions. D'autres fois il y a frissons, fièvre, douleurs vers le rein, mais c'est le cas le plus rare. Les premiers et les plus importants des signes sont la pyourie et la polyurie. Mais il ne faut pas croire que l'excrétion de pus soit constante, bien au contraire, elle affecte une marche très capricieuse; avec la suspension de la pyourie, on voit survenir une recrudescence dans les douleurs

et la fièvre; puis le pus s'écoule de nouveau et l'état général s'améliore. Les urines traduisent d'une façon extrêmement nette ces alternatives de santé et de malaise. Le dépôt, au fond du vase dans lequel on les recueille, peut aller jusqu'à 300 grammes. Tantôt le pus est d'un blanc verdâtre bien lié, peu odorant; tantôt gluant, visqueux, gélatiniforme, et répand alors une odeur extrêmement fétide. Pendant assez longtemps les urines restent acides, mais, avec les progrès de la maladie, elles deviennent alcalines par suite de la fermentation ammoniacale.

La *polyurie* est assez nette dans les uretéro-pyélites surtout au début et à la période d'état. La malade élimine jusqu'à 2, 3, 4 litres dans les vingt-quatre heures. Aux périodes ultimes de la maladie la quantité baisse jusqu'à 800, 600 grammes. Le poids spécifique de l'urine diminue avec la polyurie.

La douleur spontanée peut manquer, mais en palpant la région lombaire on détermine une sensation assez pénible, qui s'accentue surtout lorsque la malade a été soumise à un cathétérisme ou une exploration un peu prolongée.

A la *palpation* on peut sentir parfois une tumeur assez nette; son volume est très variable, suivant que la malade est à la veille ou au lendemain d'une débâcle, d'une décharge de pus. La palpation des uretères est encore bien plus délicate. On les sent sous la forme d'un cordon allongé, profond, prolongeant en bas la tumeur rénale, cordon parfois bosselé, noueux, descendant jusqu'au détroit supérieur où on le perd. On pourra aussi se rendre compte du trajet et de la consistance des parois de l'uretère par le toucher vaginal ou rectal.

L'état général des malades reste bon assez longtemps; puis la santé se modifie, la face devient pâle, jaune, sèche. L'appétit diminue, puis se perd, la langue est sale, ensuite surviennent des poussées fébriles et enfin la cachexie.

La MARCHE des uretéro-pyélites dépend de la cause, de la localisation à un seul côté, de la production des rétrécissements des uretères. C'est ainsi qu'avec une uretéro-pyélite bénigne, lorsque l'affection vésicale est modérée, le sujet vigoureux, jeune, la pyélite s'améliore aussitôt qu'on institue un traitement approprié. Si cette dernière est par trop ancienne et tenace, la pyourie s'annonce au bout d'un certain temps avec une intensité remarquable. Que

l'uretéro-pyélite devienne double et les malades sont rapidement emportées par des accidents urémiques et septiques.

A côté de ce mode de terminaison, on peut observer l'évacuation du pus dans le tissu cellulaire périrénal, il y a formation d'abcès périnéphrétique secondaire, qui s'ouvre spontanément dans les organes voisins (côlon, intestin grêle, estomac, etc.) ou est évacué par une incision faite au niveau de la région lombaire.

Le DIAGNOSTIC est assez délicat, surtout au début; la confusion avec les *cystites purulentes* est assez facile. C'est la pyourie abondante, la tumeur lombaire et les douleurs à ce même niveau qui permettront de faire la différenciation.

Les *tumeurs malignes du rein* sont caractérisées par des douleurs intenses, persistantes, par de l'hématurie et une cachexie rapide.

Les *hydatides des reins* sont rares : le diagnostic ne pourra être fait que par la présence de crochets ou de vésicules dans l'urine.

La *tuberculose du rein* donne rarement lieu à la formation d'une tumeur, le pus est toujours mal lié et la coïncidence de la lésion avec d'autres manifestations tuberculeuses pourraient aider à faire soupçonner la nature de la tumeur rénale.

Le TRAITEMENT devra être d'abord prophylactique.

On combattra la cause de la stase urinaire, on traitera la cystite.

On insistera sur le lait, le régime et l'hygiène, on appliquera des révulsifs sur la région lombaire.

Si l'on voit que la région lombaire devient le siège d'un empâtement, on procédera à l'incision avec drainage de la poche. La néphrotomie permet d'explorer l'organe, de détruire les brides, d'enlever les calculs primitifs et secondaires. Cette opération rend les plus grands services, lorsque l'autre rein est également atteint, on voit ses lésions s'améliorer au bout de peu de temps. On a reproché à l'incision simple de laisser parfois des trajets fistuleux; Guyon les considère comme une chose utile en établissant une soupape de sûreté, qui permet non seulement l'évacuation facile de pus, mais encore l'action directe des antiseptiques modificateurs.

Si au bout d'un certain temps on voit l'inflammation céder ou même disparaître, on peut songer à fermer la plaie. Mais si la néphrotomie n'a pas donné le résultat voulu et si l'on acquiert la certitude de la désorganisation complète du parenchyme rénal, on sera autorisé à pratiquer l'ablation du rein malade.

V

SÉMÉIOLOGIE URINAIRE

La séméiologie urinaire présente à étudier soit les troubles mêmes de la miction :

Rétention. . . . . 1.
Incontinence . . . . . 2.

soit l'altération de la composition de l'urine par l'addition de sang ou de pus :

Hématurie . . . . . 3.
Pyourie. . . . . 4.

Nous dirons enfin quelques mots, en terminant, de l'examen des urines, au point de vue des autres produits pathologiques qu'elles peuvent contenir.

1. — RÉTENTION D'URINE

La rétention d'urine est un symptôme, qui peut survenir au cours d'affections multiples et qui se traduit par l'impossibilité d'émettre naturellement par l'urètre partie ou totalité du liquide contenu dans la vessie.

La rétention peut être complète ou incomplète.

Incomplète. — Elle se manifeste par de la fréquence des mictions, surtout la nuit. Les malades urinent d'abord avec une certaine lenteur, les dernières gouttes s'écoulent en bavant et encore sous l'influence d'efforts assez grands. (Tumeurs, rétrécissements de l'urètre, cystites, etc.)

Si l'on pratique l'examen de la région hypogastrique, on ne tarde pas à s'apercevoir de l'existence d'une tumeur ovoïde remontant plus ou moins haut au-dessus de la symphyse pubienne. La pression exercée à ce niveau détermine chez la malade le besoin d'uriner. Il suffit de pousser un cathéter creux dans la vessie pour voir qu'elle contenait une quantité assez considérable d'urine.

La marche de la rétention dépend absolument de la cause qui l'a déterminée.

Son diagnostic est facile.

Le pronostic est en rapport avec la gravité de la maladie causale.

Complète. — La rétention complète survient le plus souvent d'emblée. C'est elle que l'on observe généralement à la suite d'interventions obstétricales (forceps, embryotomie, version). Les femmes se trouvent dans l'impossibilité absolue de vider leur vessie ; les envies d'uriner sont d'abord séparées par des périodes de calme à peu près complet ; mais peu à peu les envies se font sentir à des intervalles de plus en plus rapprochés, puis surviennent des douleurs qui s'irradient dans toute la zone génitale et hypogastrique.

Etant donnée une rétention d'urine complète ou incomplète, avant de se prononcer sur son pronostic et sur le traitement à instituer, il faut rechercher les CAUSES sous l'influence desquelles l'urine s'est accumulée dans la vessie.

La rétention peut être due : 1° A un *défaut des contractions expulsives* (paralysie des muscles de l'abdomen, du diaphragme).

2° Aux *douleurs abdominales*. Lorsque l'abdomen est le siège d'une vive douleur, la malade instinctivement évite tout ce qui peut amener la compression des viscères abdominaux (péritonite du petit bassin, métrite, hernie étranglée, etc.).

3° Aux *hernies vésicales*. La vessie a fait hernie à travers un orifice étroit (trajet inguinal, canal crural, etc.). Au moment de la contraction de la vessie, l'urine s'écoulera en partie par le col vésical au dehors, mais une certaine quantité de liquide passera dans la poche herniée. Le séjour prolongé de l'urine dans la poche herniée ne tardera pas à irriter la paroi, à provoquer des lésions d'abord superficielles et enfin profondes parfois mortelles (calculs, perforations, etc.).

4° A l'*abaissement de l'utérus*, qui comprime l'urètre et le col vésical. Il faut ajouter à cela que la vessie qui s'abaisse en même temps que l'utérus finit par se soustraire à l'action des muscles abdominaux et du diaphragme, et le phénomène de l'effort n'intervient plus pour aider à la miction.

5° Aux affections du *système nerveux* (méningite, encéphalite diffuse, ramollissement, hémorrhagie cérébrale, tubercules, gliomes

du cerveau, ataxie locomotrice, fièvres graves, asphyxie par l'oxyde de carbone, etc., hystérie, vésanie).

6° Aux *obstacles à l'expulsion* de l'urine :

a. Obstacles situés en dehors du canal excréteur : Antéversion, antéflexion, rétroversion et flexion utérines ; grossesse ; compression par la tête fœtale.

b. Obstacles situés dans l'épaisseur des parois : Tumeurs de l'urètre, tumeurs de la vessie faisant saillie dans l'urètre, rétrécissements, atrésie, spasme du col.

Le TRAITEMENT doit être subordonné à la cause.

Si cependant la rétention dure depuis plusieurs heures, si les douleurs sont trop vives, il y a alors indication formelle de vider la vessie.

Lorsque la rétention s'est développée sous l'influence d'une maladie cérébrale ou médullaire, le cathétérisme est le moyen souverain.

Si la rétention se manifeste chez une femme atteinte de cystite, on ne procédera à l'évacuation par la sonde qu'après avoir fait mettre la malade dans un bain.

Au cas où l'introduction d'une sonde est impossible, il faut faire la ponction hypogastrique de la vessie. Il est bien entendu, qu'à cet effet, on emploiera un appareil aspirateur (Potain, Dieulafoy), que l'on rendra aseptique au moment où l'on devra procéder à l'opération. La ponction sera pratiquée sur la ligne médiane à un travers de doigt au-dessus du pubis.

2. — INCONTINENCE D'URINE

L'incontinence d'urine n'est autre chose que l'écoulement involontaire et inconscient de l'urine. C'est un symptôme qui, dans quelques cas, peut constituer toute la maladie. D'une façon générale l'incontinence d'urine se présente sous trois formes bien distinctes :

1° La vessie est pleine ; mais l'urine suinte goutte à goutte d'une façon continue. C'est l'incontinence par *regorgement*.

2° La vessie est vide, et l'urine sort du réservoir presque aussitôt après y être arrivée, c'est l'*incontinence vraie* ou par défaut de contraction du sphincter.

3° La dernière variété d'incontinence est celle des jeunes enfants. Elle est ordinairement désignée sous le nom d'*incontinence nocturne d'urine*. — Les mictions s'exécutent d'une façon absolument régulière pendant le jour, mais la nuit la sensation de besoin n'est pas perçue et les enfants urinent sous eux, à des intervalles plus ou moins éloignés.

a. *Incontinence par regorgement.*

Qu'il y ait un obstacle à l'émission des urines, cette incontinence peut faire apparition. (Prolapsus utérin, rétroversion, rétroflexion, tumeurs de l'urètre, etc.)

A chaque instant l'urine tombe des uretères dans la vessie, qui se laisse distendre jusqu'au moment où la sensation de besoin se fait sentir. Que la malade soit mise dans l'impossibilité d'y répondre, la surdistension des parois atteint bientôt sa limite, et alors la pression de l'urine accumulée pèse sur le sphincter, qui, après avoir résisté pendant un certain temps finit par céder. Le col s'ouvre légèrement et laisse échaper goutte à goutte le trop-plein vésical. L'écoulement d'urine devient ainsi involontaire, inconscient, se produisant aussi bien le jour que la nuit.

b. *Incontinence vraie* ou *par défaut d'action du sphincter.*

Variété très rare. Ici la vacuité de la vessie est complète, le col ne peut se fermer complètement, et il reste un pertuis à travers lequel l'urine filtre constamment.

Les causes qui empêchent l'occlusion sont assez nombreuses :

1° Les fragments de calculs, les polypes, le cancer de la vessie, en s'engageant dans le col, le maintiennent mécaniquement ouvert.

2° Une ulcération d'origine tuberculeuse, cancéreuse détruit en partie ou en totalité le sphincter et permet au liquide contenu dans la cavité de la vessie de s'échapper au dehors.

c. *Incontinence nocturne d'urine.*

C'est pendant la nuit, quelquefois à deux ou trois reprises, que l'urine s'échappe brusquement. Il y a miction, mais miction involontaire, inconsciente. Généralement observée dans la seconde enfance, on la rencontre autant chez les filles que chez les garçons. Elle se répète toutes les nuits et se prolonge fort longtemps si on n'intervient pas.

Le traitement de l'incontinence ne peut être le même pour toutes les variétés ; il faut s'adresser à la cause pathogénique.

Dans l'incontinence par rétention due à l'existence d'une déviation utérine, d'un prolapsus, etc., il importe de diriger le traitement contre ces affections.

Dans l'incontinence vraie, traiter également la cause ; c'est le seul moyen d'obtenir la guérison.

Nous n'avons pas à nous occuper du traitement de l'incontinence nocturne d'urine, qui ne rentre pas dans le domaine de la gynécologie.

3. — HÉMATURIE

L'hématurie est constituée par l'émission d'une quantité plus ou moins considérable de sang, soit pur, soit mêlé à d'autres liquides, provenant de la vessie.

Symptômes. — Tantôt le sang est évacué mélangé à une quantité notable d'urine, qui prend une légère teinte rougeâtre ; tantôt on le voit sourdre goutte à goutte ou d'une manière intermittente.

Son expulsion est précédée d'envies d'uriner, qui se renouvellent assez souvent.

La quantité de sang varie beaucoup ; peu considérable dans certains cas, elle peut prendre une grande importance dans d'autres ; lorsque le sang est évacué sous forme de caillots, ces derniers varient dans leur forme, leur couleur, suivant les parties des voies urinaires qui sont leur lieu d'origine ou l'endroit où ils ont séjourné. C'est ainsi que les caillots formés dans la vessie sont volumineux, ceux des uretères, minces, tubuleux, sillonnés à leur surface par des raies dues au passage de l'urine ; ceux qui proviennent du bassinet ou des calices donnent parfois la reproduction en relief de ces organes.

D'où qu'ils viennent, les caillots changent d'aspect, de couleur et même de consistance pendant leur séjour plus ou moins prolongé dans les voies urinaires. Les caillots deviennent pâles, friables et s'émiettent petit à petit. Mais il arrive parfois qu'un caillot assez volumineux parvient à sortir de l'urètre au prix de douleurs et de souffrances assez vives ; d'autres fois, au contraire, on le voit s'ar-

rêter et oblitérer le col et le canal de l'urètre. Dans ces cas, il y a rétention d'urine partielle ou totale.

En donnant ces faits, nous nous contentons de signaler d'une façon succincte les principaux traits qui caractérisent l'hématurie. Bien d'autres l'accompagnent ou la précèdent, mais il est impossible de les décrire en détail sans s'exposer à répéter tout ce qui a été dit au sujet de la tuberculose vésicale, des tumeurs, des cystites, etc.

Il en est de même de la marche, de la durée et de la terminaison des hématuries, aussi n'insisterons-nous pas plus longuement sur ces points.

Etant donnée une hématurie, ce qui importe au clinicien, c'est de connaître la raison, la cause de cette hémorrhagie, la maladie première.

Le DIAGNOSTIC de l'hématurie comprend d'ailleurs trois points capitaux.

1° Cette coloration rouge des urines, est-elle bien due au sang?

2° Si c'est véritablement du sang, d'où vient-il? de quelle partie des voies urinaires?

3° Quelle est la maladie qui a été le point de départ de ces pertes.

1° Est-ce du sang?

La coloration rouge plus ou moins foncée n'est pas un signe assez important pour qu'on puisse baser sur elle un diagnostic.

D'autres caractères permettent d'arriver à des notions bien plus précises. L'urine qui contient du sang s'altère rapidement et devient alcaline. Lorsqu'on la laisse reposer, il se forme un dépôt qui bientôt prend l'aspect d'un caillot; l'ébullition donne le même résultat.

L'examen microscopique mettra aussi en évidence les globules sanguins suspendus dans le liquide ou contenus dans les caillots.

L'hémoglobinurie est plus difficile à déceler; pour y arriver, il faut avoir recours à la spectroscopie, qui montrera qu'au lieu d'observer le spectre lumineux ordinaire, on le voit interrompu par de larges bandes obscures dans la partie jaune verte. On voit, en outre, que tous les rayons, à partir du bleu et de l'indigo, sont éteints.

2° et 3° De quelle partie des voies urinaires vient le sang, et quelle est la cause de l'hémorrhagie?

L'urine peut contenir du sang provenant des menstrues ou des lochies. Pour éclairer le diagnostic, il suffira de procéder à un

lavage minutieux des parties génitales; après quoi on sondera la femme. De cette façon, on élimine cette cause d'erreur possible.

D'une façon générale, on peut dire que si le sang apparaît au commencement de la miction ou d'une façon continue, on doit penser à une urétrorrhagie; le sang sort par le canal sans aucun mélange d'urine, et ce qu'il y a de particulier, c'est qu'il s'écoule sans être précédé d'envies ou d'efforts pour uriner; il ne faut cependant pas croire que ce point soit absolument spécial aux urétrorrhagies, car nous savons que lorsque le sang arrive en grande abondance dans la vessie, il peut aussi s'écouler sans envie ni effort.

Quelquefois le sang provenant de l'urètre reflue dans la vessie par le fait d'un obstacle (tumeur ou rétrécissement), le diagnostic du lieu d'origine peut être soupçonné, mais jamais affirmé d'une façon certaine.

Quand le sang, au lieu d'apparaître au commencement de la miction, ne sourd qu'à la fin, il s'agit d'une *cystite* dans la plus grande majorité des cas.

Nous avons déjà parlé plus haut des caractères des urines dans les inflammations de la vessie, nous n'insisterons ici que sur le fait suivant : le sang n'est presque jamais pur dans ces cas et on trouve une quantité plus ou moins grande de pus mélangée au sang. Les cystites, qui donnent le plus souvent lieu à l'écoulement de sang, sont les cystites blennorrhagique, tuberculeuse et calculeuse.

Dans la première, la quantité de sang peut être assez considérable, dans la deuxième rarement importante; enfin, dans les cystites des néoplasiques ou des calculeuses, l'hémorrhagie peut atteindre des proportions inquiétantes.

Le TRAITEMENT devra être subordonné au diagnostic et il est tout clair que l'hématurie d'une néoplasique devra être traitée d'une tout autre façon que celle d'une calculeuse, etc.

On peut cependant tracer ici quelques règles s'adaptant aux différents cas. On saura recommander aux calculeuses le repos absolu au cas où elles viendraient à être frappées d'une hémorrhagie vésicale. On s'exposerait à de fort grandes surprises et bien désagréables, si on voulait appliquer la chaleur aux hémorrhagies des tuberculeuses ou néoplasiques.

On emploie surtout les toniques et les calmants (quinquina, fer, chloral, opium et morphine); enfin le tannin, à la dose de 0 gr, 20,

à $0^{gr},60$, rend dans quelques cas des services fort appréciables.

On pourra appliquer sur la région lombaire ou sur le flanc, l'hypogastre, des ventouses sèches.

On essaiera de décongestionner le petit bassin en tenant le rectum libre.

La formation de caillots dans la vessie peut faire naître la rétention d'urine. Dans ce cas particulier, les lavages avec un liquide antiseptique (acide borique 4 p. 100) ou astringent (tannin à 2 p. 100) peuvent être indiqués, mais il faudra les employer avec modération et prudence.

Si les caillots ne sortaient pas spontanément, il faudrait essayer de les fragmenter avec une sonde promenée dans tous les sens et pratiquer enfin l'aspiration. Si tout échouait, on ferait la taille hypogastrique ou mieux vaginale.

4. — PYOURIE

Il y a pyourie, lorsque les urines contiennent du pus.

L'urine examinée dans un bocal peu de temps après la miction présente un aspect louche, trouble ; elle se sépare en deux couches bien distinctes. Le dépôt accumulé au fond du vase est tantôt d'un blanc verdâtre, tantôt un peu jaunâtre ou teinté de sang. Pour reconnaître la nature véritable du dépôt, il faut avoir recours au microscope et aux réactifs chimiques. C'est ainsi que l'on pourra révéler la présence de sels, du pus ou du sperme. L'urine contenue dans une vessie enflammée subit la transformation ammoniacale.

D'où vient le pus, quelle est son origine?

Si le pus apparaît brusquement, il faut rechercher si cette évacuation rapide n'a pas été précédée de quelque inflammation ou suppuration du côté de la cavité pelvienne (phlegmon du ligament large, pelvi-péritonite, etc.). Quand on veut arriver à la connaissance plus exacte de l'origine du pus, il faut s'assurer que le pus n'existe qu'au début ou à la fin de la miction et, pour cela, il est bon de faire uriner la malade dans trois verres différents, dans lesquels on recueillera l'urine du commencement, du milieu et de la fin de la miction.

1° Le pus n'existe que dans le premier verre.

Le pus ne peut venir dans ces conditions que de la partie antérieure des voies urinaires, c'est-à-dire de l'urètre ou des parties voi-

sines du col vésical. L'urine contient dans ce cas des leucocytes et des gonocoques, ou si l'inflammation a été très vive, on pourra aussi y rencontrer des traces de la desquamation épithéliale.

2° Le pus n'existe que dans le dernier verre.

Il ne peut provenir que des voies urinaires supérieures ou de la vessie. L'examen des débris épithéliaux sera très utile; en même temps l'étude des symptômes accusés ou constatés chez la malade permettront de faire le diagnostic étiologique.

Le *traitement* sera exactement celui de l'affection causale.

5. — EXAMEN DES URINES

L'urine à l'état normal est secrétée dans les vingt-quatre heures à la quantité moyenne de 1 500 grammes.

La réaction chimique est acide, la densité de 1,015 à 1,030.

La couleur est jaune ambré ou rougeâtre. L'odeur caractéristique, la saveur amère légèrement salée.

L'urine contient de l'eau, du chlorure de sodium, des sulfates, des phosphates, des urates, hippurates, de l'urée et des matières dites extractives (créatine, créatinine, hypoxanthine, etc.).

L'*urée* est éliminée dans les proportions de 25 à 30 grammes par vingt-quatre heures. L'alimentation trop albuminoïde fait monter ce taux, il en est de même de la fièvre contrairement à ce que l'on voit chez des malades à la diète. L'urée est un corps blanc, cristallisé, d'une saveur fraîche, soluble dans l'eau et dans l'alcool. Sa présence dans l'urine se révèle par l'adjonction d'acide nitrique, qui précipite des cristaux de nitrate d'urée.

Acide urique. Peu soluble dans l'eau, l'acide urique existe dans l'urine à l'état d'urates. L'acide chlorhydrique les décompose, leur coloration rouge ou rose est assez caractéristique.

Eléments anormaux :

Le *sang* sera reconnaissable au microscope, au spectroscope. L'urine qui contient du sang, prend une coloration verte si l'on ajoute de la lessive de soude. Cette réaction perd de sa valeur si la malade a pris du séné, de la rhubarbe ou de la santonine.

Matières biliaires. Verser dans un verre une certaine quantité d'urine et ajouter lentement de l'acide azotique en ayant soin de lui faire suivre les parois du verre, de façon à ce qu'il s'accumule à la partie inférieure en une couche presque distincte. Si l'urine con-

tient de la bile une série de zones superposées, colorées en vert bleu, violet et rouge, viendront sillonner la colonne liquide.

L'*iode* se reconnaît en mélangeant à l'urine d'abord un peu d'empois d'amidon, puis quelques gouttes d'acide nitrique. Il se forme de l'iodure d'amidon coloré en bleu, parfois très foncé.

L'acide *phénique* sera annoncé par la coloration d'un brun verdâtre, qui se prononce au fur et à mesure que l'urine est exposée à l'air. Si la quantité d'acide phénique n'était pas suffisante pour déterminer cette coloration, on pourrait ajouter du perchlorure de fer qui donne alors une nuance violette. Cette réaction n'est cependant pas très caractéristique, étant donné que l'acide salicylique et l'antipyrine donnent avec le perchlorure de fer la même coloration.

L'*albumine* décèle sa présence par les procédés suivants :

1° *Acide nitrique*. Une certaine quantité d'urine est versée dans un bocal. Peu à peu on ajoute de l'acide nitrique. S'il y a de l'albumine, il se forme un précipité qui ne disparaîtra pas par l'ébullition.

2° Par la *chaleur*. Si l'urine est neutre ou alcaline, y ajouter quelques gouttes d'acide acétique pour lui donner la réaction normale ; cela fait, chauffer lentement jusqu'à un commencement d'ébullition. Si l'urine se trouble, elle contient de l'albumine.

Pour *doser* l'albumine, on peut se servir du tube d'Esbach qui donne des renseignements suffisamment exacts.

Le *sucre* sera reconnu à l'aide du procédé suivant :

Tartrate cupro-potassique. Liqueur de Bareswill-Fehling. — Essayer ce réactif avant de s'en servir, et pour cela il faut l'étendre de plusieurs fois son volume d'eau et le faire bouillir pendant quelques minutes, l'abandonner ensuite au refroidissement pendant plusieurs heures. Si après cela le liquide n'abandonne pas le moindre dépôt, le réactif doit être considéré comme utilisable. — Pour l'employer : introduire l'urine dans l'éprouvette avec moitié de son volume de réactif, faire chauffer jusqu'à ébullition la partie inférieure du tube ; si le sucre existe dans l'urine, il se forme un précipité rougeâtre.

CHAPITRE XI

RECTUM ET BASSIN

SOMMAIRE

Anatomie et pathologie.

ANUS.

Traumatismes.

Plaies 1
Corps étrangers 2

Inflammations.

Rectite 3
Phlegmon et abcès 4

Ulcérations, rétrécissements, tumeurs.

Hémorrhoïdes 5
Végétations 6
Condylômes et syphilides 7
Polypes 8
Prolapsus 9
Rétrécissements 10
Cancer 11

Solutions de continuité.

Fissures 12
Fistules 13

Tumeurs pelviennes 14

Névralgies.

Coccygodynie 15
Prurit anal 16

RECTUM ET BASSIN

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE

Une ceinture osseuse formée en arrière par le sacrum et le coccyx, latéralement et en avant par les os iliaques, constitue la charpente du bassin.

Le détroit supérieur, indiqué en arrière par l'angle sacro-vertébral, latéralement par la ligne innominée, vient se terminer en avant par

Fig. 477. — Bassin normal.

l'éminence ilio-pectinée, la branche horizontale du pubis et la partie supérieure de la symphyse pubienne, il sépare le bassin en deux parties, le grand ou supérieur, le petit ou inférieur.

Le grand bassin représente la paroi inférieure de la cavité abdominale et protège l'intestin, la fosse iliaque droite étant plus particulièrement réservée au cœcum et la gauche à l'S iliaque.

Le petit bassin, fermé inférieurement par le diaphragme musculaire pelvien (voir fig. 218, p. 219), qui le transforme en une

calotte dont l'ouverture appliquée au détroit supérieur regarde la grande cavité abdominale, contient les organes génitaux profonds (ovaire, trompe, utérus relié à l'extérieur par le vagin), côtoyés en arrière par le rectum, en avant par les voies urinaires (vessie et urètre).

Les organes génitaux ont été précédemment étudiés de même que les voies urinaires, l'étude seule de la terminaison du tube digestif, rectum et anus, nous reste à faire.

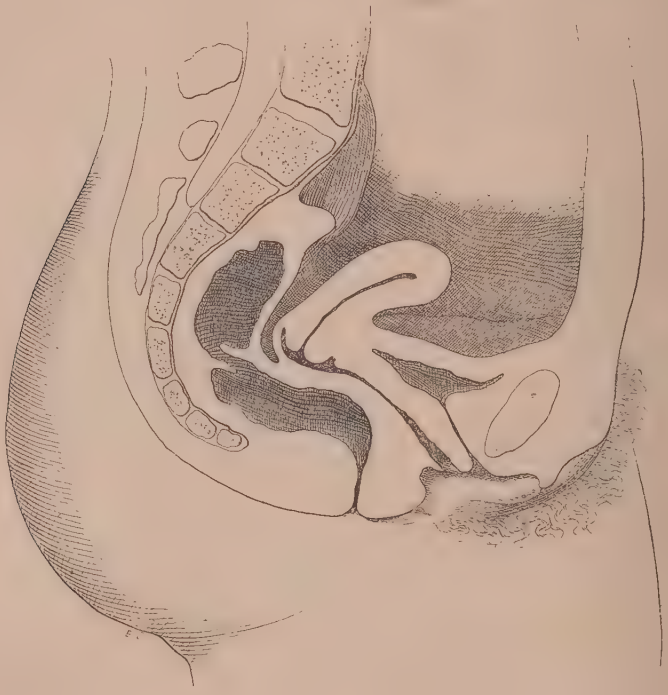


Fig. 478. — Rectum et anus. — Coupe antéro-postérieure (Skene).

Le *rectum* fait suite à l'S iliaque, relativement droit après cette partie contournée du gros intestin, d'où vraisemblablement son nom qui en réalité n'est pas exact; il commence à la symphyse sacro-iliaque gauche, se dirige en rapport avec la concavité du sacrum vers la ligne médiane qu'il ne tarde pas à franchir au niveau de la troisième pièce sacrée pour descendre dans la partie droite du bassin ; puis il franchit de nouveau la ligne médiane et incline légèrement à gauche, revient enfin sur la ligne médiane qu'il ne quitte plus jusqu'au niveau de l'anus. Sa courbure générale dans le

sens antéro-postérieur rappelle celle d'un S dont la première concavité est parallèle à celle du sacrum, et dont la seconde, contraire à la précédente, regarde le coccyx. — Dans le sens transversal il présente également deux courbures, la première concavité regarde à gauche, la seconde plus petite à droite.

Le rectum est partiellement enveloppé par le péritoine. Supérieurement l'enveloppement est complet, et les deux feuillets de la séreuse s'adossant en arrière du tube intestinal forment le *mésorectum*, trait d'union entre le rectum et le sacrum, d'autant plus complet que cette partie de l'intestin est moins distendue. Le mésorectum laisse une certaine mobilité à la partie supérieure du rectum, d'où le déplacement possible de l'organe à ce niveau. Plus bas le mésorectum disparaît, le péritoine passe simplement en avant du rectum et le limite en avant de même que le sacrum en arrière, latéralement l'espace est comblé par du tissu cellulaire. Inférieurement au-dessous du cul-de-sac de Douglas, le revêtement péritonéal fait complètement défaut, le rectum est en rapport en avant directement avec le vagin, en arrière avec le coccyx et le releveur périnéal qui lui fait suite, latéralement avec le tissu cellulaire.

Le rapport intime du vagin et du rectum est important au point de vue de l'examen digital, le doigt pouvant par l'anus arriver à explorer médiatement le vagin et l'utérus, et aussi au point de vue opératoire à cause du danger des blessures de cette partie de l'intestin dans toutes les opérations portant sur la paroi postérieure du vagin.

Quant à la structure, le rectum, au-dessous de la séreuse qui forme, ainsi qu'il vient d'être vu, un revêtement incomplet, comprend une double tunique musculaire lisse, la première superficielle et longitudinale, dont les fibres se terminent les unes en se réfléchissant au niveau du releveur périnéal pour gagner au-dessus de l'aponévrose pelvienne la paroi du bassin (sacrum et os iliaque), les autres en se confondant avec les fibres du releveur périnéal, les dernières enfin en allant jusqu'à la peau du pourtour de l'anus dans laquelle elles se terminent. Au-dessous des fibres longitudinales, se trouve la seconde tunique de fibres dont la direction est circulaire, et qui se terminent au niveau de l'anus par un bourrelet constituant le sphincter interne, essentiellement distinct du sphincter externe composé de fibres striées.

Entre la couche musculaire et la muqueuse, s'étale une couche cellulaire analogue à celle de tout l'intestin et qui permet le glisse-

ment de la muqueuse, glissement qui devient pathologique en cas de prolapsus du rectum.

La muqueuse, dépourvue de papilles et recouverte d'épithélium cylindrique, est riche en glandes en tubes ; à l'union du tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs se trouve la *valvule de Houston* que l'extrémité du doigt peut atteindre dans l'exploration ano-rectale.

ANUS

L'anus est la terminaison du tube digestif. Son étude comprend la description de l'orifice anal, et celle des deux sphincters qui le tiennent fermé.

Orifice anal. — Cet orifice, qui constitue un véritable canal, est circulaire et présente une circonférence froncée. A l'état normal et en dehors de l'effort il est fermé. De son pourtour se dirigent vers le centre un certain nombre de *plis radiés ;* pour bien les voir, il faut tirer légèrement sur les bords de l'orifice. L'anus est recouvert d'une muqueuse qui est de couleur rosée ; lorsqu'on l'examine de près, on constate l'existence d'un certain nombre de plis verticaux, désignés sous le nom de colonnes du rectum. Entre celles-ci existent de petits replis valvulaires, comparables aux valvules aortiques, le bord libre de ces replis regardant en haut. Ces petites pochettes peuvent devenir le point de départ de suppurations, dues à l'arrêt momentané de corps étrangers et à l'irritation consécutive de la muqueuse rectale.

Sphincter externe. — On trouve ce muscle dans un rayon de 3 centimètres tout autour de l'orifice anal. Son attache fixe répond à la bandelette fibreuse, qui va de l'orifice anal à l'extrémité du coccyx ; le point d'attache mobile se fait en avant sur l'aponévrose périnéale superficielle, au niveau du constricteur du vagin avec lequel le sphincter externe mêle ses fibres, en affectant la figure d'un 8 de chiffre, qui circonscrit les deux orifices vaginal et anal.

Le sphincter interne est formé par les fibres circulaires les plus inférieures du rectum, qui en se groupant constituent des faisceaux plus épais que dans les parties supérieures. Le sphincter interne mesure une hauteur de 4 centimètres environ et se trouve engainé par le sphincter externe qui le déborde en bas.

Physiologie. — A l'état de repos les sphincters, agissant en vertu de leur tonicité, tiennent l'orifice anal fermé, mais il suffit d'une lésion de la moelle siégeant vers la partie inférieure (vertèbres dorsales) pour amener le relâchement des sphincters et, par là même, l'incontinence des matières fécales.

A l'état normal, la défécation a pour point de départ une sensation vague, une sorte de pesanteur due à la pression exercée sur l'anus par le bol fécal. Sous l'influence de cette sensation, il se produit une contraction réflexe des tuniques musculaires du rectum, qui tend à chasser les matières accumulées vers l'anus; si les sphincters résistent, il se produit un mouvement antipéristaltique, qui refoule les fèces vers les parties supérieures du rectum; mais la tonicité des sphincters a une limite, qui est franchie lorsque la colonne formée par les matières fécales est trop haute; dans ces cas, les seuls mouvements péristaltiques de l'intestin suffisent pour que l'acte de la défécation soit accompli, bien que dans les cas ordinaires l'état solide des matières exige l'intervention de l'effort.

1. — PLAIES DU RECTUM

Les plaies du rectum sont de deux ordres : les unes sont dues à des traumatismes, les autres à l'intervention chirurgicale.

D'une façon générale, on peut dire que les plaies du rectum sont rares, étant donné la situation profonde de cette partie de l'intestin et ses rapports avec le sacrum, qui forme un solide bouclier destiné à le protéger en arrière.

Les causes de ces plaies sont multiples. Tantôt c'est une chute d'une certaine hauteur sur un corps pointu, qui s'enfonce dans l'anus en arrivant jusqu'au rectum à travers les parties molles de la fesse ou du périnée; tantôt c'est l'introduction maladroite d'un instrument tel que canule à irrigateur, sonde, etc. Il y a des cas où la perforation ou plutôt la rupture est survenue d'une façon presque spontanée, c'est à cet ordre de faits qu'il faut rapporter les déchirures se produisant, sous l'influence des efforts qui accompagnent la dernière période d'expulsion du fœtus. Les efforts de défécation seraient aussi suffisants pour déterminer une rupture partielle de la cloison recto-vaginale.

Il ne faut pas oublier que le séjour trop prolongé d'un pessaire métallique ou en caoutchouc durci peut aussi, à la longue, amener

une fissure de la paroi vagino-rectale et aboutir finalement à une véritable plaie.

L'*étendue* et la *profondeur* des plaies du rectum sont très variables : les unes toutes superficielles, limitées, les autres présentant des délabrements très considérables.

Les SYMPTÔMES sont assez caractéristiques pour que le diagnostic d'une plaie du rectum ne soit pas difficile.

La *douleur* localisée, l'*écoulement de sang* par l'anus et plus tard l'*écoulement de matières muco-purulentes* attirent l'attention des malades et du chirurgien. Si à ces signes on voit s'en ajouter d'autres, tels que le passage des matières par le vagin ou de l'urine par le rectum, la certitude est absolue.

L'*hémorrhagie* est un accident assez inquiétant, étant donné qu'il est difficile d'y porter remède; la perte de sang peut parfois être extrêmement abondante et amener un état syncopal chez la blessée.

La *péritonite* complique quelquefois les plaies du rectum; si l'inflammation s'étend petit à petit, de proche en proche, elle peut être circonscrite et n'avoir qu'une gravité relative; tout autrement se présentent les choses, lorsque le corps vulnérant atteint d'emblée le péritoine et le fait communiquer avec la vessie ou le rectum. La péritonite présente alors un caractère très aigu et la malade est emportée au bout de quarante-huit ou de soixante-douze heures.

Le *phlegmon péri-rectal* est une complication bien moins terrible et se termine généralement par l'établissement d'une fistule.

Les classiques parlent aussi d'un fait qui doit être certainement très rare, à savoir l'emphysème, qui, à la suite de perforations du rectum, atteindrait des proportions inquiétantes, tel le cas rapporté par la *Lancet* de 1860 (t. Ier, p. 89), où il s'était étendu à toute la partie inférieure de l'abdomen.

Le PRONOSTIC varie avec la situation, les dimensions, la profondeur de la plaie; la guérison est la règle dans la plupart des cas.

Le TRAITEMENT s'adressera à la douleur et aux complications possibles du côté du péritoine; on combattra ces phénomènes par l'opium. Plus tard, lorsque la suppuration s'établit dans le tissu péri-rectal, on fera de larges incisions et des lavages antiseptiques.

Au moment même de l'accident, l'hémorrhagie pourra nécessiter le tamponnement rectal.

2. — CORPS ÉTRANGERS

Les corps étrangers répondent à trois catégories bien distinctes : 1° ceux qui ont été introduits dans l'anus ; 2° ceux qui arrivent jusqu'au rectum par les voies intestinales après avoir été déglutis ; 3° enfin ceux qui se forment sur place.

1° *Corps étrangers introduits dans l'anus.*

L'histoire des faits qui se rapportent à ce chapitre est on ne peut plus curieuse. La dépravation, les habitudes de pédérastie passive, l'aliénation mentale, etc., sont les motifs que l'on relève dans les observations ; des pessaires mal placés et ayant déterminé l'ulcération et la perforation de la cloison recto-vaginale, ont pu, à un moment donné, se comporter comme de véritables corps étrangers ; il en est de même des sondes ou d'autres instruments introduits dans un but thérapeutique. En synthétisant les faits, on voit que le *volume* des différents corps est très variable ; il en est de même de la *forme ;* ce sont tantôt des chopes, des bouteilles, des pilons de mortier, des billes, des cailloux, etc., etc...

La *longueur* des objets introduits dans le rectum a pu dans certains cas avoir des proportions relativement phénoménales et il est même difficile de comprendre comment, par exemple, un pilon de mortier de cuisine long de 30 centimètres et large de 6 centimètres et demi à sa grosse extrémité a pu séjourner dans le rectum pendant quelque temps sans donner lieu à de graves désordres.

Les corps étrangers irréguliers ou à surface rugueuse, inégale, amènent d'une façon presque constante des érosions, des éraillures, parfois même des plaies et des déchirures d'une certaine gravité.

2° *Les corps étrangers introduits par la bouche* et arrivés dans le rectum constituent la deuxième classe des corps étrangers ; c'est peut-être la variété la plus fréquente et non la plus intéressante ; on connaît cependant des cas très remarquables, celui de Merlin, où une arête, après avoir perforé la paroi rectale, traversa la paroi utérine et s'implanta dans le fœtus. A côté de ces faits plus ou moins exceptionnels, nous devons faire mention des rateliers, des pièces de monnaie, des épingles, etc., que les malades ont avalés.

3° *Les corps étrangers développés dans l'intestin ou dans l'ampoule rectale.*

Ce sont parfois des amas de lombrics, si fréquents chez l'enfant. Le plus souvent il s'agit d'une accumulation excessive d'excréments, constituant la coprostase. Très fréquente chez les femmes âgées, on la retrouve aussi chez quelques hystériques, mais c'est surtout à un âge avancé et chez les paralytiques que l'on a affaire à ce genre de corps étrangers.

Les amas de matières fécales durcies, tassées, peuvent se recouvrir d'un enduit blanchâtre et revêtir les caractères de véritables concrétions, de coprolithes.

Au milieu d'une masse compacte d'un volume plus ou moins considérable on trouve de petits amas, qui ont pour point de départ un calcul biliaire, des noyaux de cerises, de prunes, etc.

La véritable cause de la coprostase est la diminution du pouvoir réflexe de la dernière portion de l'intestin, et la paresse dans la contraction des fibres musculaires qui en est la conséquence. On comprend sans difficulté que le mode de production de la coprostase dans les rétrécissements du rectum et dans le cas d'hémorrhoïdes est tout autre.

La présence des matières fécales durcies retentit sur la conformation et la structure de la paroi rectale ; une dilatation du rectum au-dessus du coprolithe, et enfin une rectite ulcéreuse constituent les lésions caractéristiques.

Il va sans dire que les symptômes, par lesquels se traduit l'accumulation d'excréments, empruntent certains caractères à cette rectite et se traduisent par des douleurs, une sensation de pesanteur au périnée, une diarrhée séreuse, sanguinolente et en général très fétide. Mais ce n'est là qu'un épiphénomène de petite importance. Ce qui prime le reste et semble occuper la place prépondérante dans la série des signes, c'est la constipation qui au début est absolument indolente ; plus tard elle se manifeste par des douleurs lombaires et crurales, de temps à autre les malades ressentent un pressant besoin d'aller à la selle ; mais le plus souvent leurs efforts restent stériles, il arrive cependant qu'elles parviennent à expulser des masses fécales sèches, presque pétrifiées, et cela au prix d'un travail des plus pénibles et des plus douloureux.

La rétention prolongée de coprolithes n'est pas sans influer quelque peu sur l'état général de la malade, qui est sous le coup d'un véritable empoisonnement, d'une toxémie. Aussi n'est-il pas rare de voir survenir de mauvaises digestions, des douleurs au niveau du

foie, une grande irritabilité de caractère, qui poussent certains malades à de véritables actes de désespoir.

S'agit-il au lieu de la coprostase d'un véritable corps étranger du rectum, les symptômes semblent être plus aigus, plus pressants. Au bout de quarante-huit heures, rarement plus tard, les malades réclament l'intervention du chirurgien.

Elles se plaignent d'une douleur assez vive dans le ventre et au niveau de l'anus, d'une sensation de poids dans le rectum. Les organes voisins, tels que la vessie et l'utérus, s'en ressentent parfois. Une inflammation assez vive ne tarde pas à éclater. Lorsque le corps étranger a été poussé trop profondément et trop brutalement, le péritoine est mis en cause. On voit donc qu'à côté des lésions du rectum, de l'anus, du vagin, des complications bien plus sérieuses peuvent survenir. Le séjour assez prolongé des corps étrangers dans le rectum peut en effet être le point de départ d'inflammations, de gangrène des parois, d'inflammations péri-rectales (fosse ischio-rectale), de cellulite pelvienne, de plegmons hypogastriques, d'avortements et d'obstruction intestinale.

Dans les cas favorables, bénins, les corps étrangers se recouvrent d'une couche calcaire et restent dans la cavité du rectum, ou sont expulsés avec plus ou moins d'efforts et de douleurs. Mais cela n'arrive que pour les corps étrangers de petit calibre.

Le DIAGNOSTIC est parfois très difficile surtout lorsque les renseignements manquent; aussi doit-on toujours pratiquer le toucher rectal, lorsque les malades se plaignent de constipation opiniâtre avec douleur du côté du rectum, du périnée et du bas-ventre.

Dans certaines circonstances il faut même recourir à l'introduction de toute la main, suivant la méthode de Simon, pour pouvoir constater la présence d'un corps étranger au niveau de l'S iliaque.

Le PRONOSTIC est favorable en général ; il est cependant assez sérieux, lorsqu'il s'agit d'un corps étranger introduit par l'anus, surtout si ce corps est fragile, rugueux ou tranchant.

Le TRAITEMENT est très varié; le chirurgien doit chercher à se servir des instruments les plus commodes, dans l'espèce. Il devra avoir toujours présent à l'esprit ce cas de Marchettis, rapporté dans presque tous les traités et où l'ingéniosité du chirurgien a permis de sauver une fille publique, dans le rectum de laquelle des étudiants en orgie avaient introduit la queue d'un porc hérissée de soies

raides. Marchettis fixa un fil à l'extrémité libre de la queue du porc et fit passer ce fil dans un roseau creux, qu'il introduisit dans le rectum, protégeant ainsi les parois pendant qu'on entraînait le corps étranger au dehors par de légères tractions.

On se servira donc tantôt de pinces, de crochets, des doigts, des mains, etc.

Quelquefois l'extraction sera singulièrement facilitée par une dilatation forcée préalable.

Lorsque le corps étranger siège trop haut, on aura recours à la laparotomie, et alors on pourra procéder de deux façons : soit en pratiquant l'extraction par l'incision de l'intestin et la suture consécutive, soit en refoulant avec la main introduite dans la cavité abdominale le corps étranger vers l'anus.

Quelquefois une rectotomie postérieure peut suffire.

3. — RECTITE

L'inflammation du rectum est le plus ordinairement concomitante ou consécutive à celle du gros intestin. Elle peut se montrer cependant d'une façon indépendante et revêtir tantôt la forme aiguë, tantôt la forme chronique.

Les CAUSES de la rectite sont multiples ; outre celles que nous avons précédemment signalées, il faut citer les hémorrhoïdes enflammées, les plaques muqueuses anales et la blennorrhagie ; mais ce n'est pas tout, une foule d'autres facteurs peuvent être incriminés dans la production des accidents ; l'usage et surtout l'abus de drastiques, la constipation opiniâtre, la présence des corps étrangers (épingles, arêtes de poissons, concrétions biliaires, etc.), d'oxyures vermiculaires, la pédérastie, la blennorrhagie et aussi la propagation de l'inflammation siégeant au niveau de l'anus.

Les SYMPTÔMES, qui signalent l'apparition d'une rectite, sont tout d'abord localisés à la partie inférieure du tube digestif ; peu à peu les malades constatent une propagation, une irradiation de phénomènes douloureux du côté du sacrum, du coccyx, de la vessie et de l'utérus. L'anus est rouge, chaud et très sensible ; une contracture du sphincter caractérise cette période initiale de l'inflammation.

Cet état est accompagné d'une constipation, qui peut persister pendant plusieurs jours ; bientôt cependant on voit survenir des

évacuations douloureuses, des épreintes suivies de l'expulsion de mucosités glaireuses ou mélangées de pus et quelquefois de sang. Par le toucher on constate une chaleur insolite, la muqueuse est rouge, tomenteuse; quelquefois il y a de la fièvre. Après cette première période en survient une autre, caractérisée surtout par une diarrhée profuse et un écoulement muqueux ou muco-purulent. Négligée, mal soignée, la rectite peut passer à l'état chronique qui présente des signes très analogues à ceux que nous avons déjà énumérés en donnant les symptômes de la rectite aiguë. Ici encore la diarrhée alterne avec la constipation.

L'examen au spéculum permet de constater la présence d'ulcérations multiples, arrondies, superficielles, quelquefois de végétations très étendues, ce qui a surtout lieu dans les cas de rectite blennorrhagique; l'écoulement épais, verdâtre, devient le point de départ d'une série de complications du côté de la région périnéale où l'on voit apparaître des rougeurs, des excoriations et même une éruption eczémateuse; la muqueuse elle-même s'altère, s'épaissit, se sclérose et peut donner lieu à des rétrécissements du rectum. En dehors des parois de celui-ci, on voit quelquefois des phlegmons, des abcès et des fistules venir compliquer l'inflammation trop intense du rectum.

Le DIAGNOSTIC de rectite n'est pas très difficile, la maladie est caractérisée par de la constipation avec douleurs très vives à la défécation, par une ascension notable de la température, le tout suivi d'un écoulement muqueux et accompagné d'épreintes et de ténesme.

Dans la *dysenterie*, la fréquence des selles, les hémorrhagies, l'expulsion de lambeaux de la membrane muqueuse, sont des symptômes trop caractéristiques pour qu'on puisse songer à les confondre avec la rectite simple.

TRAITEMENT. — Au début, cataplasmes laudanisés sur le bas-ventre, bains, lavements; plus tard, injections avec une infusion au ratanhia, avec une solution de tannin, suppositoires iodoformés.

4. — PHLEGMONS ET ABCÈS DE L'ANUS ET DU RECTUM

On peut les diviser en trois grandes catégories :

A. — La première comprend toutes les inflammations superficielles de la région anale et du rectum.

B. — La deuxième, les phlegmons, qui ont pour siège la fosse ischio-rectale.

C. — La troisième, ceux qui se développent dans le tissu cellulaire, situé au-dessous du péritoine et au-dessus du muscle releveur de l'anus.

Les conditions étiologiques, qui président à la naissance et à l'extension de toutes ces phlegmasies, sont fort variées ; l'inflammation

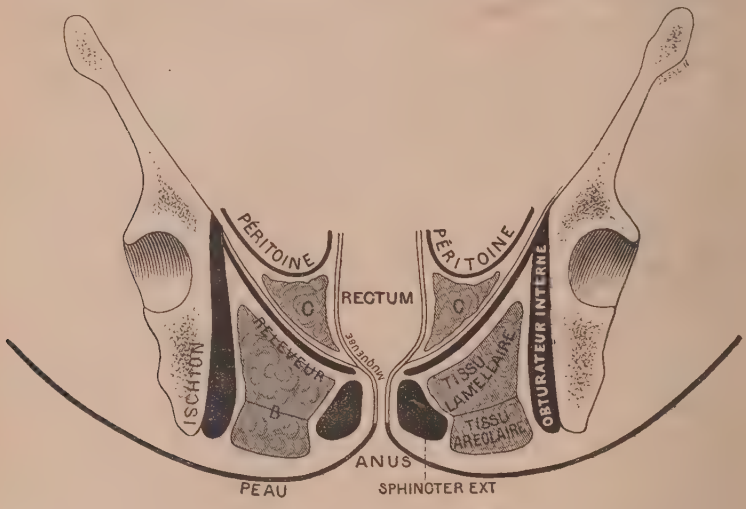


Fig. 479. — Conduit ano-rectal et son voisinage ; coupe schématique.

B, tissu cellulaire de la fosse ischio-rectale, siège de la deuxième catégorie de phlegmons. — C, tissu cellulaire sous-péritonéal, siège de la troisième catégorie de phlegmons.

reconnaît presque toujours pour cause une irritation quelconque, tantôt c'est le grattage de la région anale, tantôt la malpropreté ; les écoulements blennorrhagiques, qu'ils viennent du rectum ou de la cavité vaginale, ne tardent pas à déterminer eux aussi des excoriations ; enfin le passage des matières fécales dures peut par le même procédé être le point de départ d'un abcès superficiel de la marge de l'anus. Si l'on est d'accord sur les différentes causes des abcès superficiels, il n'en est plus de même pour ceux de la fosse ischio-rectale inférieure et de la région pelvi-rectale supérieure. Quelques auteurs parlent même pour ces régions d'abcès idiopathiques ; cette désignation cache en somme notre ignorance des véritables causes. Il est fort probable qu'un assez grand nombre de ces abcès est dû à une tuberculose locale, qui se développe d'une

façon insidieuse sans que l'état général s'en ressente. A côté de cette classe de phlegmons et d'abcès, il faut signaler ceux qui ont pour origine les ulcérations de l'extrémité inférieure du rectum, certaines rectites, le cancer, les rétrécissements du rectum, l'inflammation d'hémorrhoïdes internes (phlébite), et enfin les interventions chirurgicales telles que la dilatation du rectum, l'excision de condylômes, d'hémorrhoïdes ou d'autres tumeurs. Toutes ces causes donnent généralement lieu à des abcès profonds, contrairement à celles que nous avons énumérées au début, qui engendrent plutôt des abcès superficiels.

A. — *Inflammations superficielles.*

Les inflammations superficielles comprennent les *abcès superficiels* dits *tubéreux* et les *abcès phlegmoneux* ou *phlegmons* proprement dits.

1° Les *abcès superficiels* présentent les Symptômes suivants : il s'agit généralement d'une tumeur du volume d'une noisette, arrondie à la base et saillante ; elle présente une légère coloration rouge, et lorsqu'on essaie de se rendre compte de son siège, on s'aperçoit qu'il est tout à fait superficiel, se trouvant limité par une induration circonscrite. Au bout de quelques jours la tumeur, après avoir donné lieu à des douleurs plus ou moins aiguës, se ramollit, devient fluctuante, la peau rougit, s'amincit et cède au pus très fétide, qui sort en plus ou moins grande quantité par un petit pertuis. La tension cesse, la douleur disparaît, et il ne reste de l'abcès qu'une toute petite induration.

Le diagnostic de ces abcès superficiels est des plus faciles ; il suffit de rappeler les signes que nous venons d'énumérer pour éviter toute erreur.

Quant au pronostic, on peut dire que c'est là une affection dépourvue de gravité et qui disparaît généralement très vite. Il n'en est pas de même lorsque le petit abcès tubéreux se développe aux dépens d'un tissu tuberculeux ; très souvent, dans ces cas, on voit s'établir et persister pendant assez longtemps une petite fistule, qui donne issue à un liquide séreux ou séro-purulent.

Le traitement consiste dans l'application de cataplasmes de fécule de pomme de terre, arrosés de quelques gouttes de laudanum, et plus tard, lorsque la fluctuation sera bien établie, on pourra procéder à l'incision de l'abcès.

2° Les *abcès phlegmoneux* ou le *phlegmon* proprement dit de la marge de l'anus, sont la forme que l'on rencontre le plus souvent. Le siège ordinaire de cette inflammation est le tissu cellulaire sous-cutané, mais, au lieu d'être très limitée et circonscrite, elle a une certaine tendance à s'étendre en surface. Au bout d'un temps plus ou moins long, la malade ressent une certaine tension dans la région de l'anus : un peu plus tard le gonflement est assez considérable pour que la station assise et la défécation deviennent douloureuses.

La pression au niveau de la partie tuméfiée donne, à un moment donné, la sensation de fluctuation, qui sera surtout très nette lorsqu'on voudra la rechercher à l'aide d'un doigt introduit dans le rectum, l'autre appuyant à l'extérieur.

L'évolution de ces collections purulentes est intimement liée à l'histoire des fistules que nous étudierons ultérieurement.

La perspective de fistules rend le PRONOSTIC de ces abcès assez sérieux.

Le TRAITEMENT consistera en une incision large et profonde que l'on pratiquera en conduisant le bistouri sur une sonde cannelée introduite dans la plaie et dirigée sur le rectum ; l'abcès vidé sera lavé à l'eau phéniquée forte ou avec une solution de chlorure de zinc. Lorsque le phlegmon s'est ouvert, en partie du moins, dans le rectum, on pourra passer la sonde cannelée à travers l'orifice et la faire ressortir ensuite par l'anus ; une fois cela accompli, on incisera tous les tissus, l'anus compris.

B. — *Phlegmons et abcès de la fosse ischio-rectale.*

Leur début est généralement assez obscur. Mais bientôt une vaste collection fait apparition dans la région périnéale ; elle s'étend de l'anus jusqu'à l'ischion et de la partie antérieure du périnée jusqu'au coccyx. Les téguments restent cependant durs, ils s'épaississent sous l'influence du travail inflammatoire et forment comme une sorte de coque très résistante. Le pus, refoulé vers les couches profondes, détruit le tissu cellulaire, les aponévroses et fuse du côté des grandes lèvres, du côté du rectum, et enfin vers les tubérosités ischiatiques.

Comme dans toutes les suppurations qui siègent autour du releveur, le pus est ici d'une fétidité extrême. Trouvant un obstacle par

trop considérable du côté du releveur de l'anus et du côté de la peau épaissie, le pus passe vers le rectum et peut, après avoir détruit les couches externes, venir se collecter sous la muqueuse rectale. Dans quelques cas le contact prolongé du pus finit par user le muscle releveur et par occuper la fosse pelvi-rectale supérieure. C'est l'abcès en bissac.

L'inflammation peut gagner la fosse ischio-rectale voisine et donner lieu à la formation d'un abcès susceptible de communiquer avec celui du côté opposé. Cette disposition est connue sous le nom d'abcès circulaire ou en fer à cheval, et permet de faire refluer le pus d'une poche dans l'autre en exerçant des pressions alternatives.

Dans certains cas on a vu ces collections purulentes s'ouvrir du côté de la peau.

Les malades atteintes de ces suppurations sont en proie à une fièvre très vive ; le pouls est fréquent, la température parfois très élevée, il y a de l'agitation, du délire ou bien une sorte de collapsus, se terminant au bout de quelques jours par la mort.

Les *phlegmons gangréneux de la fosse ischio-rectale* sont assez fréquents, dus généralement à la pénétration de matières fécales ou de l'urine dans le tissu cellulaire qui, sous l'influence de ces éléments destructeurs, subit un sphacèle très étendu. Rapidement on voit la peau prendre une teinte foncée ; des plaques bleuâtres et de larges phlyctènes couvrent sa surface. Peu à peu cette peau altérée cède et un pus d'une grande fétidité sort mélangé avec des bulles de gaz. Dans certaines circonstances particulièrement graves la paroi rectale est aussi frappée de gangrène ; la prostration, le délire, la sécheresse de la langue et une diarrhée extrêmement profuse et fétide finissent par faire succomber la malade ; on connaît cependant quelques cas de guérison.

Le DIAGNOSTIC ne présente pas de sérieuses difficultés, le toucher rectal rendra ici comme pour les autres variétés les plus grands services. L'induration péri-rectale ne dépasse guère le releveur.

Le PRONOSTIC est très sérieux, étant donné que dans les phlegmons de la fosse ischio-rectale, des complications graves peuvent amener la mort à bref délai.

Le TRAITEMENT sera prompt et énergique. On ne reculera pas devant une profonde incision au thermo-cautère, suivie de lavages avec des

solutions antiseptiques concentrées et même de cautérisations au chlorure de zinc.

C. — *Phlegmons et abcès de l'espace pelvi-rectal supérieur.*

Jusqu'ici nous nous sommes occupé des inflammations du tissu cellulaire situé au-dessous de la sangle musculaire, constituée par le muscle releveur périnéal, nous allons maintenant étudier les phlegmons dont le siège anatomique répond à cet espace rempli de tissu cellulo-graisseux et limité en haut par le péritoine pelvien, et en bas par la face supérieure du releveur, recouvert de son aponévrose (fig. 479 C).

Les rapports anatomiques de la vessie, de l'utérus et du rectum permettent de saisir la raison des phlegmons de l'espace pelvi-rectal supérieur, dont les uns sont sous la dépendance directe des affections des organes génitaux, et les autres doivent leur naissance à des ulcérations du rectum de l'anus ou à des inflammations des veines hémorrhoïdales. La carie de la face antérieure du sacrum et, dans certains cas, l'arthrite sacro-iliaque, peuvent être le point de départ des suppurations pelviennes.

Les SYMPTÔMES permettant de reconnaître la pelvi-rectite supérieure sont malheureusement très peu nets. Le début de l'affection est insidieux; les malades accusent une sorte de pesanteur dans le bassin, parfois une véritable douleur, que l'on a beaucoup de peine à localiser; elles se plaignent en outre de constipation, de difficulté d'aller à la garde-robe et de malaise général accompagné de fièvre.

La marche de l'affection diffère suivant les cas; le plus souvent le pus collecté use et dissocie les fibres du muscle releveur et se fraie un chemin vers la fosse ischio-rectale; il se forme là un abcès en bissac qui, à une période ultérieure, entre en communication avec l'air extérieur. Le trajet fistuleux ainsi constitué mesure de 8 à 15 centimètres de long. D'autres fois, la collection purulente se vide dans le rectum et alors il s'établit une diarrhée symptomatique, qui tranche d'une façon notable avec les caractères du phlegmon observés au début; les malades qui se plaignaient d'une constipation très opiniâtre, de selles très douloureuses, voient survenir de la diarrhée, les matières étant fortement délayées par le produit de l'inflammation du tissu cellulaire et suivies du rejet d'une notable quantité de pus.

Mais l'évacuation du foyer se fait mal, l'orifice de communication étant généralement très petit ; aussi voit-on ces phlegmons traîner en longueur ou même devenir chroniques. Dans certains cas le pus chemine sous l'aponévrose pelvienne et arrive dans le vagin ou la vessie.

Le diagnostic des abcès de l'espace pelvi-rectal supérieur est délicat ; le seul moyen, qui soit en notre possession et qui nous permette sinon d'affirmer du moins de soupçonner ce genre d'affection, est le toucher rectal.

Le traitement consistera à ouvrir la collection purulente par le rectum, du côté correspondant au siège de l'empâtement. On fera cette incision aussi large que possible.

5. — HÉMORRHOÏDES

Par hémorrhoïdes on entend la dilatation variqueuse des veines de l'anus.

Pathogénie. — L'anatomie normale nous enseigne que les veines de la dernière portion du tube digestif sont extrêmement nombreuses et d'un volume assez considérable. On sait en outre que les veines hémorrhoïdales supérieures se rendent à la veine mésaraïque inférieure qui, elle-même, est une branche de la veine porte ; que les veines hémorrhoïdales inférieures appartiennent à la circulation veineuse générale par l'intermédiaire de la veine hypogastrique.

Les recherches de Duret ont établi que les veines hémorrhoïdales supérieures tirent leur origine de petites dilatations ampullaires, existant au voisinage de l'anus. Le siège précis de ces varices primitives, originelles si l'on peut dire, est dans le tissu cellulaire sous-muqueux ; de là on voit partir de petites branches transversales qui perforent les sphincters interne et externe ; c'est au niveau de ce dernier que s'effectue l'anastomose entre les branches du système porte et celui de la veine cave inférieure. De cette description il ressort déjà que la circulation ne doit pas se faire avec facilité, le passage du sang s'établissant en grande partie à travers les fibres sphinctériennes ; que l'on ajoute à cette disposition toute particulière les effets de la constipation, de la distension de la vessie, les contractions intermittentes des sphincters et du releveur de l'anus au moment de la défécation, et l'on comprendra que la stase sanguine

doive tôt ou tard amener une dilatation des veines hémorrhoïdales et dans certains cas, même leur rupture. Ainsi, s'expliquent d'une façon toute simple et l'origine de ces dilatations variqueuses, énormes parfois, et la pathogénie des hémorrhagies intermittentes à ce même niveau.

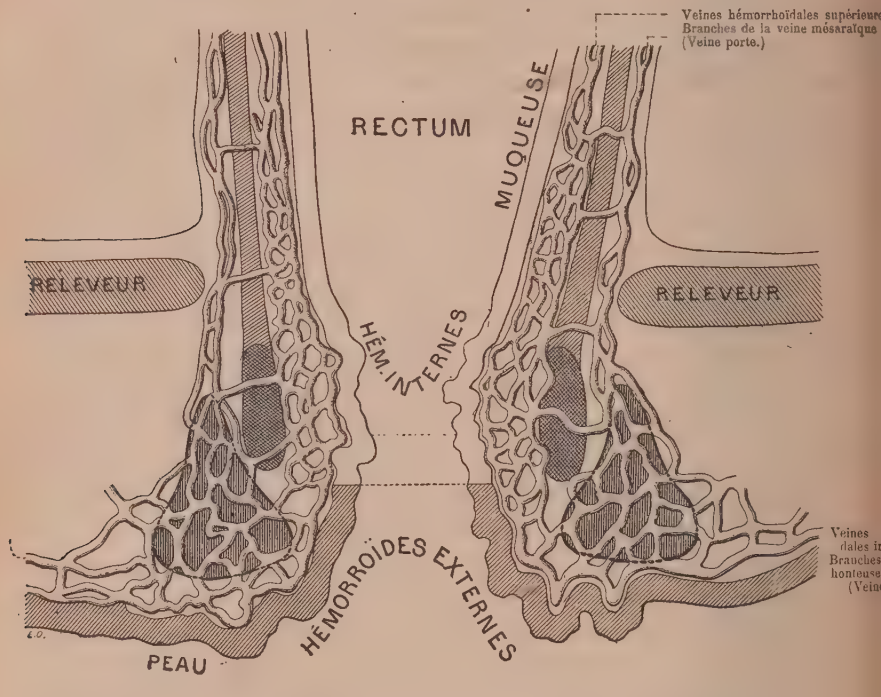


Fig. 480. — Veines variqueuses de l'anus et de la partie terminale du rectum.

Les dilatations hémorrhoïdales sont ampullaires ; ces dilatations peuvent se compliquer par suite de leur fusion entre elles, ou par le fait de l'apparition d'ampoules nouvelles, développées aux dépens des capillaires. Il arrive que les vésicules s'oblitèrent d'une façon presque complète au niveau même des boutonnières sphinctériennes ; les ampoules se transforment alors en kystes hématiques. Si le sang se coagule, l'hémorrhoïde devient dure ; on pourra même parfois y trouver de véritables phlébolithes, qui, en irritant par leur présence le tissu conjonctif voisin, donneront lieu à la production de scléroses plus ou moins étendues et à la formation de petites tumeurs indurées, désignés par les anciens auteurs sous le nom de *marisques*.

Étiologie. — Affection très fréquente chez l'homme, encore plus chez la femme. Les hémorrhoïdes se rencontrent de préférence chez les individus atteints de goutte, de rhumatisme, et elles s'accentuent d'une façon notable sous l'influence d'une alimentation trop azotée, de l'abus du vin et d'alcool, d'une vie trop sédentaire.

Parmi les causes adjuvantes il faut signaler la constipation habituelle, l'abus des purgatifs, les excès vénériens.

Comme susceptibles de déterminer la production d'hémorrhoïdes, nous citerons encore les cirrhoses, les lésions mitrales, l'emphysème, certains kystes ovariques, les tumeurs de l'utérus, des parois du bassin, etc.

Symptômes. — Les femmes, qui sont porteurs d'hémorrhoïdes, accusent leur souffrance de manières très diverses ; tantôt c'est une sensation de gêne, de pesanteur, tantôt des élancements, des picotements et parfois une cuisson tellement intolérable que la station assise et la marche deviennent impossibles ; on voit alors les malades couchées dans leur lit, tantôt sur le côté, tantôt sur le ventre, craignant de faire le moindre mouvement et mettant tous leurs muscles dans un état de résolution à peu près complète. Cet état se complique généralement de constipation qui est la source de maux de tête, de vertiges, de bourdonnements d'oreille ; les malades pâlissent, perdent l'appétit. Tous ces phénomènes vont en s'exagérant, puis on voit survenir une véritable période d'état, pendant laquelle les malades sont au comble de leurs souffrances ; mais peu à peu la tension dans les ampoules hémorrhoïdales baisse, la douleur disparaît et la patiente recouvre un bien-être relatif. Cette tension sanguine. qui était au maximum, baisse brusquement à la suite d'une rupture de varices hémorrhoïdales ou du passage d'un bol fécal, dur, volumineux, qui a éraillé la muqueuse ano-rectale et a déterminé un écoulement sanguin plus ou moins abondant.

Si l'on examine la région anale d'une malade affectée d'hémorrhoïdes, on trouvera, suivant les cas, des dispositions différentes ; tantôt l'hémorrhoïde est à peine perceptible sous forme d'une petite saillie ronde ou légèrement allongée, plus ou moins molle, lisse et vide de sang, c'est l'hémorrhoïde flasque ; tantôt elle est tendue, résistante, douloureuse. A certains endroits la muqueuse et la peau, qu recouvrent l'hémorrhoïde, s'épaississent, la petite tumeur devient dure, indolente et prend l'aspect d'un véritable condylôme. A côté

de ces hémorrhoïdes externes, on en trouve d'autres, dont les caractères ne peuvent être bien appréciés que par un examen avec une valve ou un spéculum, introduit dans la cavité du rectum; on verra alors de petites saillies granuleuses, molles, que le simple toucher suffit parfois à révéler. Que la malade fasse un effort et l'on ne tardera pas à apercevoir ces hémorrhoïdes *internes* faire saillie à travers l'anus; il existe au niveau de l'anus une double couronne variqueuse, l'une formée par les hémorrhoïdes externes, l'autre par les hémorrhoïdes internes *procidentes*. Celles-ci rentrent dans le rectum avec plus ou moins de facilité. Quelques-unes se laissent réduire sans la moindre douleur, d'autres déterminent des épreintes, du ténesme très pénibles; les hémorrhoïdes *internes procidentes* ne peuvent remonter par suite d'une contraction spasmodique du sphincter anal, le bourrelet hémorrhoïdaire se trouve emprisonné, étranglé; il devient le siège d'une douleur brûlante intolérable, les malades ont la sensation d'un fer rouge au niveau de l'anus.

Lorsqu'on suit l'évolution locale de l'hémorrhoïde procidente étranglée, on s'aperçoit que tout d'abord dure, tendue, d'une couleur violacée, elle devient brune, ou même noirâtre; cette modification est due à l'interruption de la circulation veineuse, les plis du sphincter anal se contractent spasmodiquement et séparent ainsi l'hémorrhoïde procidente des dilatations veineuses voisines et comme tout organe auquel on a supprimé l'apport du sang, l'hémorrhoïde devient le siège de la formation d'une escarre. Au bout de quelques jours celle-ci tombe et les symptômes fonctionnels s'amendent. Dans certains cas cependant la chute de l'escarre se complique d'inflammation et de suppuration du voisinage et engendre l'érysipèle.

Le DIAGNOSTIC des hémorrhoïdes n'est pas difficile. Un examen attentif permettra de les différencier des *condylômes* et *polypes*, tumeurs dures et isolées.

Le *prolapsus du rectum* est caractérisé par un bourrelet continu et non par des saillies inégales.

Quant au *cancer* du rectum, la tumeur ulcérée, fongueuse, sécrétant un liquide ichoreux et s'accompagnant d'hémorrhagies abondantes, sera rarement confondue avec une hémorrhoïde ulcérée.

Il est toujours utile, avant de procéder au traitement, de rechercher quelle peut être la cause véritable de l'apparition des tumeurs

hémorrhoïdaires; aussi sera-t-il très important de s'assurer qu'il n'y a ni affection du foie, ni tumeur de la cavité abdominale, et que c'est bien en présence d'hémorrhoïdes dites idiopathiques qu'on se trouve.

Traitement. — Certains renseignements sur les conditions hygiéniques dans lesquelles les malades ont vécu permettront en les écartant de faciliter la tâche du chirurgien. On recommandera donc de s'abstenir de vins, de liqueurs, d'épices, de combattre par tous les moyens existants la constipation, tout en évitant l'emploi de drastiques. Quant au moyen chirurgical de supprimer les hémorrhoïdes, le plus simple est de les exciser à l'aide du thermocautère; on placera à cet effet une ligature ou une pince hémostatique sur la base de la petite tumeur. On fera bien de se borner à des excisions partielles, car une opération trop complète aurait l'inconvénient d'amener des rétrécissements.

Lorsque les tumeurs hémorrhoïdales n'ont pas acquis un développement trop considérable, la simple dilatation de l'orifice anal peut suffire pour faire cesser les spasmes et les symptômes douloureux. On fera cette dilatation sous le chloroforme à l'aide du spéculum ou par la simple introduction dans l'anus des deux pouces qu'on écartera de deux ou trois travers de doigts.

6. — VÉGÉTATIONS

Les végétations constituent une des complications les plus fréquentes de la blennorrhagie; elles affectent la forme de verrues, d'excroissances qui rappellent l'aspect de choux-fleurs. L'étude de ces végétations déjà faite, à propos de la vulve (p. 173), me dispense d'entrer ici dans leur description détaillée.

Pathogénie. — Au niveau des plis et replis cutanés, là où les sécrétions peuvent séjourner, on voit que l'épithélium tombe au bout de quelques jours; à cette exfoliation épithéliale succède la formation de petites saillies, qui bientôt prennent la forme de végétations coniques, découpées en festons. Leur accroissement est très rapide, surtout si la malade néglige les soins de propreté.

Symptômes. — Les végétations qui siègent au niveau de l'anus peuvent causer des douleurs assez vives au moment de la défécation. En outre, les sécrétions nauséabondes, auxquelles elles donnent

lieu, déterminent souvent l'apparition d'un eczéma intertrigineux qui par lui-même peut devenir le point de départ de souffrances très grandes. Que la patiente s'expose à des fatigues, à des marches prolongées et l'on verra survenir des hémorrhagies et même du sphacèle.

Le DIAGNOSTIC n'est en somme difficile qu'avec les papules humides syphilitiques, mais celles-ci se développent à côté d'autres manifestations de même nature ; leurs caractères morphologiques, quoique ressemblants à ceux des condylômes, ne présentent jamais un développement aussi considérable. Il faut dire cependant que, lorsque ces deux lésions se trouvent les unes à côté des autres, la différenciation peut devenir assez difficile.

Le TRAITEMENT a déjà été examiné à propos des végétations vulvaires, dont les anales ne sont en quelque sorte que le complément.

7. — CONDYLOMES ET SYPHILIDES

La *syphilide* se modifie suivant le terrain. Plus l'éruption se rapproche de la région ano-génitale, plus ses éléments prennent un aspect saillant, tuméfié, et plus ils sécrètent un liquide visqueux à odeur pénétrante. A son origine la syphilide apparaît sous la forme d'une tache grosse comme une lentille, d'une couleur rouge sombre. Par suite de frottements, de contact avec la sueur, la surface devient grisâtre, diphtéroïde ; peu à peu on la voit se transformer en une ulcération, qui réunie à d'autres analogues affectent des dessins très variés. D'autres fois, au lieu de subir la destruction moléculaire, les cellules embryonnaires s'organisent et aboutissent à la formation de tissu conjonctif, qui se présente sous l'aspect d'une excroissance du volume d'un haricot et dont la surface prend une apparence lobulée.

Le siège des *condylômes* est assez étendu, on les trouve le plus souvent là où deux surfaces cutanées sont continuellement en contact ; on comprend dès lors que le pli inter-fessier et que le pourtour de l'anus leur soient de véritables sièges de prédilection.

Les SYMPTÔMES auxquels les condylômes donnent lieu sont assez variables ; et, si dans le plus grand nombre des cas ils n'amènent que des démangeaisons, on les voit causer assez souvent des douleurs assez vives, notamment pendant la défécation. Le suintement constant, le séjour quelquefois prolongé des sécrétions au niveau

des replis ne tardent pas à produire des phénomènes d'irritation, qui se traduisent par de l'intertrigo, de l'érythème et la formation de nouvelles papules humides.

La MARCHE de ces lésions dépend en grande partie des soins dont elles sont l'objet, et chez des femmes malpropres on voit les papules envahir de proche en proche pour former des ulcérations assez étendues; avec un traitement approprié la sécrétion devient vite moins abondante, les papules se sèchent, s'atrophient et à leur place on trouve finalement une petite tache cuivrée, ou une légère cicatrice s'il y a eu ulcération.

8. — POLYPES DU RECTUM

Tumeurs bénignes, qui sont caractérisées par leur aspect pédiculé, et leur insertion sur la muqueuse rectale.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Les polypes du rectum sont en général peu nombreux à la fois; chez l'adulte surtout il est rare d'en rencontrer plus d'un. D'un volume assez petit, quelquefois ils atteignent les dimensions d'une prune ou même d'un œuf de poule. La grande richesse en vaisseaux explique d'ailleurs pourquoi ces tumeurs varient de volume d'un moment à l'autre. De forme arrondie, elles sont soutenues par une partie beaucoup plus étroite connue sous le nom de pédicule. La surface des polypes est tantôt unie, tantôt couverte de petites saillies. Suivant leur structure propre, les polypes ont une consistance plus ou moins dure et une couleur plus ou moins rouge.

Généralement situés à 2 ou 3 centimètres au-dessus de l'anus, il est rare de les voir insérés plus haut, on en a cependant rencontré à 5, 6 et même 15 centimètres. Leur siège le plus commun est la paroi postérieure du rectum. Le *pédicule* qui les rattache à cette paroi est cylindrique, quelquefois aplati; il est gros et court lorsqu'il s'agit de polypes fibreux; long et grêle dans le cas de polypes mous. Sous l'influence du passage répété des matières fécales, le pédicule s'étire et devient de plus en plus long; quelquefois il est si grêle qu'il se rompt pendant un effort de défécation.

STRUCTURE.

A. *Polypes mous ou muqueux.* — Très vasculaires, à trame fibro-cellulaire lâche, ils ont été décrits par Allingham sous le nom

de polypes mous folliculaires, par Gros sous celui de polypes adénoïdes. Les recherches plus récentes de Robin et Cornil ont montré qu'ils sont dus à l'hypertrophie des glandes à culs-de-sac ou des follicules. Recouvertes par une couche de cellules épithéliales, ces tumeurs sont formées de tissu cellulaire.

B. *Polypes durs ou fibreux.* — Plus durs, plus pâles que les polypes muqueux, ils sont constitués par un tissu dense criant sous le bistouri, Malassez a décrit des polypes qui étaient formés en grande partie par des fibres musculaires lisses, d'autres ont constaté la présence de fibres élastiques. La *surface* de ces polypes est lisse ; dans certains cas cependant, elle prend un aspect papillomateux et même villeux. Généralement pédiculés, ils s'insèrent sur la paroi antérieure du rectum.

Symptômes. — Les polypes peuvent rester pendant longtemps sans qu'on soupçonne leur présence. Certaines malades ne s'en aperçoivent que lorsque la tumeur paraît à l'anus; d'autres ressentent déjà bien avant une série de phénomènes qui attirent leur attention. Elles ont une certaine gêne au moment de la défécation, gêne qui peut aller jusqu'à atteindre le caractère de véritables douleurs et qui augmente encore par suite d'une sorte de contraction de tout l'anneau sphinctérien; c'est alors qu'on voit paraître ces élancements, ces sensations de brûlure avec des irradiations multiples, si communes dans toutes les affections des organes du petit bassin. A côté du phénomène douleur, on voit survenir des écoulements glaireux, muqueux ou même sanguins, parfois couleur gelée de groseille, dus au mélange d'une certaine quantité de sang avec les glaires.

La santé générale reste ordinairement bonne ; elle ne se modifie que lorsque les hémorrhagies sont trop fréquentes ou assez abondantes pour amener un état d'anémie accusé. Dans ce dernier cas, les malades ont des vertiges, des tendances à la syncope.

Il n'est pas rare de voir les polypes du rectum se compliquer de fissures, de prolapsus et même de fistules.

La marche de l'affection est lente. Certains auteurs croient à une disparition spontanée possible. Il se peut en effet que le pédicule se rompe pendant l'effort et que le polype soit expulsé.

Le diagnostic est généralement facile, lorsque le polype dépasse l'anus; dans ce cas, l'inspection suffit pour établir la nature de la maladie.

Si la tumeur est cachée, il faut introduire le doigt dans le rectum pour l'explorer directement. Chassaignac recommandait d'amener le polype au dehors et cela au moyen d'un petit ballon qu'il introduisait vide dans le rectum, puis qu'il insufflait; en essayant de retirer le ballon rempli d'air, on amenait en même temps le polype. Le diagnostic différentiel ne sera pas alors difficile à faire, car on se rappellera que les *hémorrhoïdes* sont plutôt de petites ampoules plus ou moins turgides, qui sont généralement disposées en collerette autour de l'anus ; que dans le *prolapsus du rectum*, on trouve, malgré la saillie considérable de la muqueuse, un orifice central qui admet facilement le doigt et il n'y a nul vestige de pédicule. Quant aux *tumeurs malignes*, l'adénite inguinale et lombaire, la fétidité extrême des sécrétions, l'altération grave de l'état général constituent autant de signes qui permettront d'éviter l'erreur.

Le PRONOSTIC est bénin.

Le TRAITEMENT est extrêmement varié.

Quelques opérateurs saisissent le polype, l'étirent un peu et le tordent ensuite. Il est bon de ne pas exagérer ces mouvements de traction parce qu'on pourrait amener, si l'on tirait par trop brutalement, un prolapsus du rectum comme complication du polype.

Autrefois on employait tantôt la cautérisation, tantôt l'écrasement linéaire, méthodes qui sont peu à peu tombées en désuétude.

Aujourd'hui on pratique encore la ligature élastique et dans le cas où le pédicule est volumineux, on le traverse avec un fil double que l'on serre vigoureusement autour de chaque moitié de la tumeur.

La méthode la plus expéditive et la plus sûre consiste à jeter une pince-longuette sur le pédicule, à attirer la tumeur au dehors, et enfin à l'exciser en laissant la pince sur la base du polype.

9. — PROLAPSUS DU RECTUM

La laxité du tissu cellulaire, qui unit la muqueuse du rectum à la tunique musculaire, permet de comprendre que cette muqueuse puisse glisser sur les tissus sous-jacents et venir faire hernie à travers l'orifice anal. Il suffit, en effet, d'un léger effort, comme celui qui accompagne la défécation, pour déterminer l'apparition momentanée à l'anus d'un bourrelet formé par la muqueuse du rectum.

Que cet état s'exagère et l'on pourra observer une issue d'une partie plus ou moins considérable de l'intestin. Au lieu de la muqueuse seulement, toutes les tuniques sont parfois entraînées, et c'est alors une tumeur cylindrique de 3 à 9 centimètres de hauteur que l'on a sous les yeux (fig. 481).

Fig. 481. — Prolapsus du rectum. (Le Dentu.)

Si la tumeur est petite, elle porte à son extrémité inférieure un petit orifice arrondi, et souvent, si la tumeur est volumineuse, elle se trouve échancrée en fer à cheval par la traction du méso-rectum.

Dans cette descente, le cul-de-sac péritonéal est ordinairement entraîné; il peut même arriver qu'une portion de l'intestin grêle glisse dans cette espèce d'entonnoir.

Au lieu de l'intestin, on y a trouvé dans quelques cas l'ovaire.

Il est évident que, malgré la prédisposition naturelle des tissus à glisser et à s'invaginer ainsi, il faut des circonstances adjuvantes

pour que le prolapsus puisse se produire. Tels sont la diarrhée ou la dysenterie chronique, la présence d'un polype ou d'ampoules hémorrhoïdaires, les grossesses répétées, les tumeurs du sacrum, les efforts de toux dans le cas de bronchite chronique.

Symptômes. — Le prolapsus simple est formé au début par une légère éversion de la muqueuse, qui disparaît plus ou moins lorsque l'effort cesse; mais à une époque plus avancée, le bourrelet qui dépasse l'anus ne rentre plus et augmente dans le sens de la hauteur jusqu'à former un petit cylindre de 4 à 5 centimètres. Sa surface est plissée, molle, luisante et rosée; au centre, on trouve un orifice froncé, par lequel on entre dans l'intestin ; à la périphérie, ou plutôt au niveau de l'anus, la muqueuse rectale se continue avec la peau.

Sous l'influence de la pression, on arrive à réduire assez facilement ce léger degré de prolapsus; néanmoins, déjà dès maintenant, les malades commencent à sentir une certaine gêne pendant la marche.

Peu après, on voit le cylindre s'allonger, les caractères de la muqueuse se modifient; au lieu de conserver sa couleur rosée, elle devient congestionnée, plus foncée, plus douloureuse au toucher. Le mucus, qui recouvrait la surface externe dans la portion prolabée, est remplacé par du pus ou un enduit grisâtre. Cet enduit, en général, cache quelques ulcérations superficielles. La muqueuse change d'aspect et prend les caractères de la peau, elle perd sa souplesse et sa sensibilité. Les sillons, les plis transversaux, qui parcouraient la muqueuse éversée, finissent par être de moins en moins appréciables. La tumeur peut atteindre le volume d'une orange; elle est difficile à réduire, étant donnés la sclérose et l'épaississement du tissu sous-muqueux, qui empêchent le glissement. Dans le prolapsus qui atteint ce degré, les sphincters dilatés, distendus excentriquement, perdent leur tonicité et n'empêchent plus l'issue des matières fécales.

Le prolapsus *complet* peut acquérir des dimensions excessives. La forme qu'il revêt une fois arrivé à ce stade est plus ou moins globuleuse. Sa couleur est rosée ou rouge et la surface externe porte encore la trace des plis transversaux, qui indiquent les endroits où la muqueuse adhère plus fortement à la tunique musculaire.

Au point le plus déclive de la tumeur on trouve un orifice qui

conduit dans la cavité de l'intestin. La base (partie supérieure) de la tumeur est entourée par l'anus. Certains auteurs parlent d'un sillon profond qui séparerait l'orifice anal de la portion invaginée, mais ce sillon n'est pas constant et on ne le trouve que lorsque la partie inférieure du rectum est restée fixe, tandis que la portion supérieure s'est seule déplacée.

La portion d'intestin herniée se tuméfie, devient le siège d'une vive inflammation qui peut aller jusqu'au sphacèle; quelquefois il se produit des hémorrhagies répétées, qui mettent la vie des malades en danger; d'autres fois, c'est la péritonite qui est la complication à craindre; on peut enfin observer une série de symptômes qui rappellent l'étranglement intestinal.

La MARCHE du prolapsus est en général lente et progressive, et si l'affection est mal traitée ou négligée, la gêne devient excessive et rend non seulement la marche, mais même la position assise pénible.

Le DIAGNOSTIC du prolapsus ne présente aucune difficulté :

Les *hémorrhoïdes* sont formées de petites ampoules, plus ou moins indépendantes les unes des autres, et séparées par des petits sillons qui n'ont comme aspect rien d'analogue au rectum prolabé.

Les *polypes* sont des tumeurs lisses plus ou moins dures et pédiculées à la surface interne du rectum.

Quant aux *épithéliomas*, leur confusion avec le prolapsus est impossible. Dans ce dernier il n'y a ni induration ni végétation en chou-fleur, ni cet écoulement ichoreux qui accompagne les productions malignes.

Le PRONOSTIC varie avec le degré même de l'affection.

Le TRAITEMENT est différent suivant les cas, les degrés de gravité de la lésion; on distinguera deux cas, ou le prolapsus est réductible ou il est étranglé, irréductible.

a. *Prolapsus réductible.* — On s'efforcera de faire disparaître tous les accidents intestinaux qui entretiennent le prolapsus.

Comme moyen curatif, on emploiera la cautérisation au thermocautère. On pratique sur le bourrelet muqueux trois ou quatre raies de feu, ou quatre pointes de feu sur les limites de l'anus et de la peau. On donne ensuite du bismuth et une préparation opiacée, pour déterminer une constipation que l'on fera cesser en administrant au huitième ou neuvième jour un léger purgatif.

b. *Prolapsus irréductible.* — On a préconisé un assez grand

nombre de moyens, dont les uns étaient purement palliatifs, et qui sous forme de bandage devaient maintenir la tumeur, d'autres s'adressaient à l'anus, et avaient pour but d'exciter la contractilité du plancher pelvien et de tout l'appareil de suspension du rectum; à cet effet, on recommandait l'emploi de la noix vomique, de la strychnine et enfin d'ergotine en injections hypodermiques.

Dupuytren cherchait à déterminer un *rétrécissement cicatriciel* de l'anus et dans ce but enlevait avec des ciseaux courbes de deux jusqu'à six plis rayonnés à droite et à gauche de l'anus.

Plus tard on a essayé d'obtenir un *rétrécissement anaplastique* de l'orifice anal en faisant une véritable recto-périnéorraphie postérieure. Tel le procédé de Duret, qui enlève sur la paroi postérieure du rectum un lambeau muqueux triangulaire dont la base comprend une partie du sphincter. Tel encore le procédé de Schwartz qui pratique un avivement très large de la partie antérieure de l'anus et du rectum.

Mickuliz a tenté de raccourcir le rectum de la façon suivante:

L'intestin est vidé par un lavement; avant l'opération, on administre de l'opium pour empêcher les contractions de l'intestin. La malade est placée dans la position vulvaire et le champ opératoire préparé suivant les règles de l'antisepsie. On commence par fixer l'intestin en le traversant par deux anses de fil. Alors on sectionne à 1 ou 2 centimètres de l'anus, couche par couche, le cylindre externe dans sa moitié antérieure. Lorsqu'on arrive jusqu'à la séreuse, on aperçoit quelquefois dans le cul-de-sac péritonéal une anse intestinale que l'on réduit; si le sphincter contracté s'oppose à cette réduction, on le fend; on réunit ensuite les feuillets péritonéaux. Cela fait, on sectionne couche par couche le cylindre interne en liant chaque vaisseau, et on réunit les deux cylindres par des sutures entrecoupées pénétrant profondément à travers toutes les tuniques. On laisse les fils longs, de façon à pouvoir servir pendant l'opération à maintenir l'intestin. Une fois la moitié antérieure du prolapsus achevé, on aborde la dissection et la suture de la moitié postérieure. Alors tous les fils sont coupés courts, on saupoudre d'iodoforme le moignon et on le réduit, ce qui se fait généralement sans aucune difficulté.

Verneuil a imaginé un procédé, désigné sous le nom de *recto-pexie*, qui a pour but de venir en aide aux faisceaux fixateurs et suspenseurs formés par le péritoine et le méso-rectum.

L'opération comprend trois temps. (*Rectopexie.*)

1° De chaque côté de l'anus on fait une incision oblique de haut en bas et en arrière, longue de 4 centimètres. Entre l'extrémité antérieure de ces incisions se trouve une portion de la circonférence anale correspondant à l'étendue dont on veut rétrécir cet orifice. Les incisions commencent à l'endroit où la peau se confond avec la muqueuse; de leurs extrémités postérieures partent deux autres petites incisions qui convergent vers la pointe du coccyx et se rencontrent à ce niveau. Le lambeau ainsi circonscrit est disséqué d'arrière en avant; on enlève en même temps le quart postérieur du sphincter, tout en respectant la paroi rectale qui se trouve ainsi mise à découvert au fond de la plaie.

2° Le deuxième temps consiste à placer les fils fixateurs avec une aiguille courbe, on passe quatre crins de Florence, qui cheminent transversalement dans la paroi postérieure du rectum et s'échelonnent du coccyx vers l'anus; il est bien entendu que ces fils ne doivent pas intéresser la muqueuse. Si l'on saisit les fils dans les mains et qu'on les tire dans la direction du sacrum, on constate que la cavité du rectum est notablement rétrécie et que sa paroi postérieure est solidement immobilisée dans une grande étendue. Pour obtenir ce résultat d'une façon définitive, on traverse la peau au niveau de l'articulation sacro-coccygienne à 4 centimètres environ de la ligne médiane, l'aiguille chemine sous la peau et vient enfin se montrer dans la plaie ano-coccygienne ; on introduit alors dans son chas un chef du fil le plus élevé qu'on amène au dehors en retirant l'aiguille, on fait de même pour l'autre chef. La même manœuvre est répétée pour les autres fils. Ceux-ci une fois bien tendus sont noués un à un.

3° Le troisième temps de la rectopexie consiste dans l'excision définitive du lambeau cutané, qui avait été disséqué et laissé adhérent par sa base.

On termine l'opération par quelques sutures supplémentaires au voisinage de l'anus et un peut plus haut.

La *rectopexie* a de grands avantages, comme on le voit, mais elle ne peut agir que sur une portion restreinte du rectum en largeur comme en longueur. Aussi faudrait-il pouvoir prendre le rectum un peu plus haut. C'est ce que M. Jeannel a essayé de réaliser par la *colopexie*.

On commence par faire une incision au niveau de la fosse iliaque

gauche; on va ensuite à la recherche du côlon, et on l'attire au dehors en exerçant des tractions douces ; le côlon est ensuite fixé à la partie inférieure de la plaie et ouvert ultérieurement.

L'anus iliaque constitue suivant l'auteur un moyen curatif de première importance; car il supprime les efforts qui accompagnent la défécation, et la rétention de matières, qui sont les causes fréquentes de récidive du prolapsus.

La rectite, les ulcérations ont le temps de guérir, l'intestin étant mis à l'abri du contact avec les matières fécales; au besoin, si l'anus paraissait trop dilaté, on serait à son aise pendant cette phase de repos pour pratiquer une opération plastique sur le périnée, analogue à celle décrite sous le nom de rectopexie.

La fixation du côlon amène déjà par elle-même la réduction du prolapsus et le retrait de l'anus; associée à l'opération de l'anus artificiel, que l'on pourra supprimer au bout de quelques mois, elle devient une opération très efficace.

10. — RÉTRÉCISSEMENTS DU RECTUM

Il est d'usage de comprendre sous ce titre toutes les diminutions de calibre, qui sont produites par la transformation fibreuse d'une portion variable de la paroi rectale, tout en éliminant la description du rétrécissement déterminé par la dégénérescence cancéreuse.

La PATHOGÉNIE et le mode de production de ces constrictions fibreuses sont loin d'être bien établies.

Si la pathogénie est nette alors que la sténose se fait sous l'influence de la dysenterie chronique, de la présence de corps étrangers sur la muqueuse du rectum, d'une intervention chirurgicale, telle qu'une ablation d'hémorrhoïdes, d'un épithélioma ou de toute autre tumeur ; il ne saurait en être de même d'une série d'autres cas où la syphilis étant en cause, le mode de formation du rétrécissement reste difficilement explicable. Pour expliquer la formation du rétrécissement syphilitique, Gosselin, en 1854, invoque une véritable rectite plastique, ou tumeur liée à l'évolution d'un chancre anal. Plus tard, Desprès émet l'opinion que c'est un chancre phagédénique, qui donne lieu à la formation du rétrécissement. Enfin, Fournier parle d'un syphilôme ano-rectal, tout en constatant la difficulté que l'on a à surpendre les premiers stades du rétrécissement.

Anatomie pathologique. — Quoi qu'il en soit, le rétrécissement syphilitique est annulaire ou plutôt cylindrique. Son *siège* de prédilection est à 5 ou 6 centimètres de l'anus, mais il peut se trouver bien plus bas et presque au niveau de l'orifice terminal du tube digestif. Comme les ulcérations syphilitiques ont une étendue assez considérable, on comprend que la hauteur du rétrécissement indiquée par certains auteurs comme pouvant atteindre 3, 6 et même 8 centimètres n'a rien de bien surprenant.

Lorsque le rétrécissement est bien constitué, on peut y décrire plusieurs parties. C'est d'abord une dilatation parfois très considérable au-dessus du rétrécissement; l'ampliation du rectum à cet endroit est pour ainsi dire la conséquence fatale de la diminution du calibre de l'intestin; les matières fécales s'amassent petit à petit au-dessus du point rétréci et distendent ses parois, mais en même temps leur présence ne tarde pas à provoquer des phénomènes d'irritation, qui aboutissent en fin de compte à une vaste *ulcération à contours festonnés*, signalée et bien décrite par Gosselin et surtout par Malassez. Quelquefois, les phénomènes inflammatoires ne s'arrêtent pas là et l'on voit survenir des abcès dans le tissu cellulaire péri-rectal, abcès qui amènent la formation de trajets fistuleux, mettant ainsi le rectum en communication avec la peau du périnée ou encore avec le vagin.

Au lieu d'une gangue conjonctive, solide, on a là un tissu formé d'éléments jeunes, très vasculaire et facile à dilacérer, ce qui est d'une importance capitale au point de vue pratique; il faut descendre au-dessous pour rencontrer ce tissu inextensible composé de fibres conjonctives organisées, qui forment la caractéristique de tout tissu cicatriciel. Ce qu'il faut encore noter, c'est la participation du tissu musculaire de la paroi rectale au travail inflammatoire qui se fait dans l'épaisseur de la muqueuse. Entre les fibres de la tunique musculaire, on trouve, en effet, une quantité assez considérable de cellules embryonnaires qui se partagent par petits foyers et aboutissent quelquefois à la formation de petits abcès.

Symptômes. — Ce n'est qu'à l'époque où la lésion est déjà bien constituée, que les malades accusent certains malaises, qui peuvent faire soupçonner l'état pathologique. La période du début de l'affection est généralement ignorée ; puis surviennent des épreintes accompagnées de matières glaireuses, striées de sang. Quand le

rétrécissement est accentué, les symptômes caractéristiques de l'occlusion intestinale peuvent se montrer, — le faciès s'altère, devient grippé, la peau prend un aspect terreux, jaune, le ventre se ballonne, — on croit que les phénomènes ne tarderont pas à présenter une gravité extraordinaire, et on songe déjà à quelque intervention sérieuse, lorsqu'une forte débâcle vient mettre fin à ce tableau si tragique. L'évacuation est accompagnée de l'expulsion de matières liquides d'une fétidité extrême ; avec les matières fécales on voit sortir des lambeaux de muqueuse sphacélée, du pus et quelquefois même du sang.

A côté de cette forme, on en trouve toute une série d'autres, une véritable gamme dont les degrés se suivent d'une façon presque insensible.

Certains auteurs ont insisté sur la conformation du bol fécal qui serait caractéristique dans le rétrécissement du rectum. On a dit qu'il était aplati, rubanné, comme passé à la filière, mais ce fait n'est pas constant. Ce que l'on constate le plus souvent, c'est la forme ovoïde ; ce sont de petites boulettes que l'on a désignées sous le nom de matières ovillées.

La MARCHE est ordinairement lente ; on ne devra jamais oublier que les complications peuvent changer l'évolution de la maladie et le pronostic. Cependant la patiente est sous la menace de phlegmons, d'abcès et de fistules, d'une occlusion intestinale, d'une rupture de l'intestin et de péritonite.

Le DIAGNOSTIC du rétrécissement ne peut être fait qu'après une exploration détaillée du rectum.

Ne nous arrêtons pas aux signes qui différencient le rétrécissement des hémorrhoïdes ni des polypes. Ils n'ont rien de commun avec la lésion qui nous occupe.

La *contracture spasmodique* du sphincter est quelquefois capable d'induire en erreur, mais, pour l'éviter, il suffira de recommencer l'examen plusieurs fois ; il est en effet très rare que la contracture spasmodique se maintienne ainsi pendant longtemps sans présenter la moindre rémission. L'emploi du chloroforme pourra d'ailleurs être d'un grand aide, étant donné que sous son influence le spasme cesse rapidement.

Un diagnostic plus difficile est celui du rétrécissement, déterminé par la présence d'*une tumeur du petit bassin*, qui en pres-

sant sur la paroi rectale, diminue son calibre. Un toucher attentif permet de reconnaître qu'il n'y a pas de sténose réelle de l'intestin.

C'est au moyen d'une exploration digitale minutieuse que l'on arrive à se rendre bien compte de la nature du rétrécissement, en même temps qu'on constate et le siège et la forme des tumeurs.

Que le doigt rencontre une masse fongueuse, inégale, bosselée, irrégulière, saignant au moindre contact, qu'il s'agisse de ces tumeurs sans limites bien nettes, que la marche soit assez rapide et l'on aura le droit de penser au cancer du rectum.

Mais si l'exploration permet de constater que la portion rétrécie est tout simplement dure, inextensible, fibreuse, que c'est bien la paroi du rectum qui a subi cette modification de structure, et qu'en outre, on trouve au-dessus du rétrécissement une portion dilatée, légèrement exulcérée, le diagnostic de rétrécissement cicatriciel sera des plus probables.

Le PRONOSTIC des rétrécissements cicatriciels est très grave. L'étude des symptômes et de la marche de ce genre d'affection faite plus haut nous dispense de revenir sur ses accidents, ses complications et éventualités.

Le TRAITEMENT dépendra du degré du rétrécissement.

Si les troubles sont peu marqués, on pourra se contenter au début de prescrire des laxatifs et des lavements. Si le rétrécissement est de nature syphilitique, le traitement général sera rigoureusement suivi. — Les moyens curatifs peuvent être rangés sous quatre titres : la dilatation, la cautérisation, l'incision et l'extirpation.

La *cautérisation* est abandonnée et l'*extirpation* sera réservée aux retrécissements cancéreux.

La *dilatation* peut être lente et progressive ou brusque et forcée.

La dilatation lente constitue une méthode assez répandue, assez employée malgré son ancienneté relative. Aujourd'hui on aime à se servir de bougies et de canules en gomme ou en caoutchouc de calibre de plus en plus fort ; on les engage avec beaucoup de prudence dans le rectum, en ayant constamment dans l'esprit l'anatomie de la dernière partie de cet organe.

Combien de temps doit-on laisser la bougie en place pour que celle-ci produise un effet utile ?

Certains chirurgiens conseillent de laisser la bougie en permanence pendant la nuit et pendant quelques heures dans la journée.

Trélat trouvait que le contact si prolongé de la bougie avec la muqueuse ne pouvait être que nuisible, aussi croyait-il suffisant d'introduire la bougie une ou deux fois par jour et de la laisser d'une à deux heures.

La forme des bougies a été aussi modifiée de façons très différentes; c'est ainsi que, pour atteindre les rétrécissements un peu élevés, on a fait construire des sondes longues, terminées par un bout olivaire, en même temps qu'on leur a donné des calibres différents.

Lorsqu'il y a des pertes de substance, des exulcérations, le cathétérisme rectal doit être rejeté, comme dangereux et peu applicable.

Les résultats définitifs d'ailleurs sont des plus médiocres, peut-être même sont-ils nuls.

S'il en est ainsi de la dilatation progressive, de combien les procédés qui poursuivent la dilatation brusque, forcée, ne doivent-ils pas être plus dangereux et problématiques comme effet. Les accidents graves et même mortels; tels que des phlegmons étendus du tissu cellulaire péri-rectal, des abcès, des fistules et même la péritonite, peuvent rapidement compromettre l'existence des malades.

Dans les cas où la dilatation ne peut suffire, on aura recours avec avantage à l'*incision* ou *rectotomie*. La *rectotomie interne*, c'est-à-dire n'atteignant que la sténose sans toucher au sphincter, est en général abandonnée parce qu'elle expose à l'infiltration des matières fécales. On pratique plus volontiers la *rectotomie externe* dans laquelle on divise d'avant en arrière, à l'aide d'un bistouri, le rétrécissement et le sphincter anal; au lieu du bistouri on peut employer, d'après Verneuil, l'écraseur de Chassaignac dont la chaîne est passée dans le rectum et l'anus d'une part et d'autre part en arrière du rétrécissement et du sphincter.

11. — DU CANCER DU RECTUM

Anatomie pathologique. — Le siège habituel du cancer est l'extrémité inférieure du rectum, surtout lorsqu'il s'agit d'un cancer primitif.

Il peut cependant siéger à la partie moyenne, de même qu'à la partie supérieure, et, d'autre part, lorsqu'on aura affaire à un cancer propagé d'une lésion utérine, c'est à environ 10 centimètres au-dessus de l'anus qu'on le trouvera.

La topographie locale du cancer du rectum est aussi sujette à de grandes variations. Il peut occuper la paroi latérale, être annulaire ou enfin se présenter sous la forme de petits noyaux disséminés. Souvent, la cloison recto-vaginale est envahie ; lorsque la lésion est très avancée, on peut voir survenir une perforation de cette cloison et assister à la formation d'une fistule recto-vaginale ; il va sans dire que le col de l'utérus n'échappe que très rarement à la marche envahissante du néoplasme ; bien plus insolites sont les propagations du côté de la région périnéale et des organes génitaux externes.

Le cancer peut se présenter sous la forme d'une végétation, d'une tumeur, d'une ulcération ou d'un rétrécissement.

La *végétation* rappelle l'aspect de choux-fleurs, elle est de consistance molle, saigne au moindre contact ; lorsqu'elles sont en assez grand nombre et qu'elles se trouvent réunies sur une étendue plus ou moins considérable, ces végétations forment de véritables *tumeurs*.

La forme *ulcération* se rencontre assez souvent, surtout dans le cas où le cancer occupe la région anale. Elle repose sur une base infiltrée, mal circonscrite. Il n'est pas rare de trouver sur ses confins des productions végétantes analogues à celles qui viennent d'être mentionnées.

L'évolution progressive du cancer rectal aboutit fatalement au *rétrécissement*, qui peut aller jusqu'à obstruer presque complètement la lumière de l'anus. On comprend sans difficulté que le rétrécissement causé par le cancer doit donner lieu aux mêmes complications que celles signalées au cours de la description des rétrécissements cicatriciels ; peut-être les phlegmons, les abcès et les fistules sont-ils plus fréquents dans le cancer que dans les rétrécissements cicatriciels purs.

Voyons maintenant quelle est l'expression histologique de toutes ces formes de cancers. Aujourd'hui on distingue surtout deux formes d'épithéliomas.

L'*épithélioma lobulé* siège ordinairement au niveau de l'orifice anal et se présente sous l'aspect d'un bouton dur, indolent, qui augmente peu à peu jusqu'à atteindre le volume d'un gros œuf de pigeon. Ce n'est qu'à une période très avancée qu'on voit ce bouton perdre son revêtement épithélial et s'ulcérer. Au microscope on le voit constitué par un amas de cellules pavimenteuses au milieu desquelles

on peut trouver des globes épidermiques caractéristiques de la lésion.

A côté de l'épithélioma lobulé on décrit un *épithélioma à cellules cylindriques*, caractérisé par une disposition glandulaire des cellules. Tôt ou tard la paroi propre des glandes est traversée par les éléments qui finissent par envahir, en suivant les voies lymphatiques, la couche sous-muqueuse, la tunique musculaire, et enfin la séreuse.

Il ne faut cependant pas croire que ce soient là les seules tumeurs cancéreuses ; on trouve également le *squirrhe* et le *carcinôme colloïde*.

Le *squirrhe* apparaît sous l'aspect d'un tissu cicatriciel. Débutant par le tissu conjonctif sous-muqueux, on voit de longs tractus fibreux qui s'étendent peu à peu en surface, tout en englobant les grosses cellules caractéristiques du carcinôme.

Le *carcinôme colloïde* est aussi assez fréquent. L'ulcération survient de très bonne heure, elle détermine des pertes de substance qui agrandissent d'abord le calibre du canal du rectum. Déjà pendant la vie on peut trouver dans les évacuations des malades des lambeaux de muqueuse qui, examinés au microscope, se présentent sous forme de masses arrondies, entourées de stries concentriques.

Les SYMPTÔMES, au début, sont insidieux ; néanmoins il est facile de constater que l'état général des malades est profondément modifié ; il existe des troubles digestifs mal définis, tantôt c'est une certaine lenteur dans les fonctions digestives ou une répugnance pour certains aliments, la viande notamment, tantôt les malades se plaignent de constipation, alternant avec la diarrhée. D'autres fois, ce sont des selles qui sont comme de la suie, du marc de café. Si l'on omet d'examiner le rectum, on peut soupçonner un cancer de l'estomac ; mais bientôt on voit survenir quelques phénomènes qui attirent l'attention de la malade du côté de l'extrémité inférieure du tube digestif ; c'est une sensation de pesanteur, de gêne ; il y a là des contractions spasmodiques qui se traduisent par du ténesme, des épreintes. La défécation devient bientôt douloureuse et accompagnée d'une perte plus ou moins considérable de sang, de mucus et de glaires. A mesure que le néoplasme s'étend, on observe toute la série de symptômes déjà énumérés au cours de

la description du rétrécissement cicatriciel ; on assistera à des alternatives de constipation qui dure plusieurs jours, des semaines, et de diarrhée qui prend les caractères d'une véritable débâcle.

La constipation amène des troubles profonds dans l'organisme, la stercorémie, la toxémie ; qu'on ajoute à ces effets la résorption de tous les produits de destruction du tissu néoplasique et l'on comprendra la gravité de la maladie. La menace permanente de l'occlusion intestinale, la douleur continue, cuisante, qui s'irradie à tout le petit bassin, l'impossibilité dans laquelle la malade se trouve de s'asseoir, de se reposer, finissent par rendre la vie absolument intolérable.

Le *toucher* et l'exploration des ganglions inguinaux et lombaires sont absolument indispensables. Le doigt reconnaîtra la disposition latérale, annulaire, les végétations en choux-fleurs, les indurations en plaques, et les autres particularités signalées déjà à propos de l'anatomie pathologique. En retirant le doigt, le chirurgien sera frappé, nous dirons même péniblement surpris par l'odeur d'une fétidité extraordinaire qu'il dégage ; il s'apercevra que le doigt est couvert de sang et de débris épithéliaux.

Nous voilà donc bien en présence d'une malade atteinte de cancer du rectum. Comment évoluera-t-il ? quelle sera en un mot sa *marche ?* Cette marche dépend de bien des facteurs, elle dépend de la forme du cancer, de l'âge, de l'état des forces de la malade, et surtout des complications ; s'il y a propagation du côté du périnée, des organes génitaux externes, la malade peut rarement vivre plus d'un an.

Autrement graves sont les phlegmons, les abcès stercoraux, les cystites purulentes, et surtout la péritonite. D'ailleurs, toutes ces complications ne font que donner le coup de grâce à la patiente qui, affaiblie par les hémorrhagies, la douleur, la résorption de matières septiques, n'a qu'une force de résistance minime.

Le diagnostic du cancer rectal ne présentera que très rarement quelques difficultés. L'index introduit aussi profondément que possible, on tâchera de se rendre compte des sensations perçues par le doigt, on examinera bien la forme, l'étendue, la variété du cancer. On fera un examen complet de la vulve, du vagin, des culs-de-sac et du col.

Quant au diagnostic différentiel, il est bon d'avoir toujours pré-

sent à l'esprit les erreurs auxquels ont donné lieu les tumeurs développées au niveau du rectum ou dans son voisinage.

Les *polypes* du rectum sont des tumeurs bien limitées, lisses, pédiculées et s'implantant sur une muqueuse non altérée.

Les *rétrécissements fibreux* cicatriciels sont réguliers et plus circonscrits, plus limités, ne présentent jamais ces grosses végétations si fréquentes dans l'épithélioma. Néanmoins, il faut avouer que, dans certains cas, distinguer le squirrhe avec le rétrécissement fibreux est extrêmement difficile, et souvent ce n'est que la marche qui décide du diagnostic.

Les *hémorrhoïdes* ne peuvent être que très rarement confondues avec les épithéliomas. En effet, les hémorrhoïdes sont formées par de petites tumeurs ampullaires bien lisses, arrondies, limitées, et même lorsqu'elles sont le siège d'ulcérations, ces ulcérations sont petites, se réduisant à de légères excoriations.

Quant aux *condylômes*, il suffit de constater la consistance dure, peu friable, l'aspect festonné, de la petite tumeur, pour les différencier d'un épithélioma. Jamais l'état général dans celui-ci ne sera comparable à celui d'un individu porteur d'un condylôme.

Le PRONOSTIC est toujours d'une gravité extrême, et la guérison, après les interventions les plus radicales, n'est que temporaire.

Le TRAITEMENT variera suivant les indications. Il est de toute évidence que si l'évolution de la maladie est trop rapide, si l'état général est très mauvais et qu'il y ait des signes de généralisation, on agira sagement en s'abstenant de toute intervention. Tout ce qu'on pourra faire, c'est calmer les douleurs par les suppositoires, les injections de morphine, combattre la constipation par les médicaments laxatifs. On veillera à l'alimentation, on prescrira une nourriture facilement assimilable, surtout le régime lacté, le poisson bouilli, les viandes légères, etc., on interdira tout ce qui est capable d'irriter l'intestin.

Parmi les opérations destinées à venir en aide aux malades :

La *dilatation* au moyen de bougies est à rejeter.

La *rectotomie* consiste à faire une section médiane postérieure comprenant toutes les parties molles depuis l'anus jusqu'au coccyx. Cette opération a pour but de faciliter la sortie des matières et de mettre les malades à l'abri de l'obstruction ; son indication est exceptionnelle.

L'*anus artificiel* a l'avantage de soustraire la paroi rectale malade au contact des matières fécales, et de mettre à l'abri de l'obstruction intestinale. On pratique l'opération au niveau de l'S iliaque ou encore sur le colon descendant. Ce mode de traitement est surtout indiqué dans les cancers très étalés, étendus, ayant envahi des portions considérables de l'intestin.

Lorsqu'au contraire l'épithélioma est limité au niveau de l'anus ou de l'extrémité inférieure du rectum, on procédera à l'*extirpation*, qui sera l'opération de choix, quand elle est possible. Grâce aux moyens d'hémostase que nous avons aujourd'hui, on ne craindra pas de procéder à l'ablation de la tumeur au moyen du bistouri. Le thermocautère, auquel certains chirurgiens ont encore recours, a le grave inconvénient d'amener par irradiation une destruction très étendue des tissus, dont l'élimination par suppuration retarde d'une façon très considérable la guérison. La méthode la plus simple consiste à faire, à une distance variable de l'anus, deux incisions elliptiques qui se rejoignent en avant et en arrière, à disséquer les parois rectales ainsi isolées, puis, après les avoir fait descendre, à exciser toutes les parties malades, et enfin à fixer au moyen des fils la nouvelle extrémité du rectum à la peau.

12. — FISSURES A L'ANUS

Sous ce nom on désigne de petites excoriations superficielles, qui siègent entre les plis radiés et s'accompagnent de douleurs très vives en même temps que d'une contraction spasmodique des sphincters.

Étiologie. — La constipation habituelle semble jouer un rôle important dans la production des fissures ; les matières fécales durcies ne peuvent franchir la région anale sans déterminer quelques érosions ou déchirures de la muqueuse. Quelquefois on trouve, en même temps que ces fissures, des hémorrhoïdes, de l'eczéma, de l'érythème ; il n'est pas invraisemblable que toutes ces affections agissent en amenant une contraction réflexe des sphincters et une constipation qui intervient alors de la façon déjà signalée. Quelques auteurs ont parlé d'étroitesse congénitale de l'anus.

Symptômes. — Bien des fissures passent inaperçues, Gosselin les nommait *tolérantes ;* il faut les chercher pour les découvrir. D'autres

fois, elles sont causes de douleurs très vives, atteignant leur paroxysme au moment de la défécation; peu à peu on voit le calme réapparaître, mais un calme relatif, car la douleur revient au bout de vingt à vingt-cinq minutes, aiguë, lancinante; au niveau de l'anus, tension, picotements, sensations de brûlure avec irradiations douloureuses dans les aines, les cuisses, les lombes. La crise peut durer assez longtemps, 6, 8 et 10 heures. Au moment de ces crises, les malades restent quelquefois couchées n'osant faire un mouvement; d'autres fois, elles prennent les postures les plus étranges, cherchent à comprimer l'anus en s'asseyant sur l'angle d'un meuble. Quelques-unes plus soigneuses, plus soucieuses de leur état, prennent des lavements, des bains de siège froids qui les soulagent et les calment. D'autres évitent d'aller à la garde-robe, d'où constipation voulue, qui ne tarde pas à produire ses effets nuisibles, les malades commencent à accuser des gastralgies, les fonctions digestives languissent et la stercorémie cause finalement un dépérissement, une altération des traits, qui n'est pas loin d'une véritable cachexie ; dans certains cas, cet état si grave se complique encore de coliques, de spasmes vésicaux, de névralgies crurales et sciatiques.

Diagnostic. — Il est quelquefois très facile de reconnaître l'existence de fissures; une simple inspection de la région anale révèle leur présence. Mais il n'en est pas toujours ainsi, et alors il faut avoir recours à certains artifices qui rendront le diagnostic possible. Dans quelque cas, il suffit de promener le doigt autour ou dans l'orifice anal pour déterminer par la douleur bien localisée le siège de la fissure, ou en faisant faire un effort à la malade, on verra la muqueuse rectale sortir peu à peu, et la petite ulcération, qui était cachée par les plis, viendra s'étaler au dehors.

Tantôt uniques, tantôt multiples, les fissures affectent la forme de petits traits, de petites crevasses de couleur rosée ; quelquefois leurs bords sont à peine visibles, mais souvent ils sont durs et d'une teinte gris sale.

Dans certains cas, lorsque la fissure date déjà de quelque temps, il se développe dans son voisinage de petites végétations qui peuvent même la cacher et prêter ainsi à l'erreur.

Il est difficile de confondre la fissure qui est une crevasse, une solution de continuité, avec les hémorrhoïdes, les végétations. Un seul diagnostic mérite une mention particulière, c'est celui de la

névralgie essentielle de l'anus. Mais dans cette affection la douleur naît spontanément et se montre en dehors de l'acte de la défécation.

Pronostic. — Affection bénigne, mais qui négligée peut cependant produire des accidents assez graves sur lesquels nous n'avons pas à revenir.

Traitement. — Palliatif : bains. Lavements laudanisés.

— Curatif ou chirurgical : dilatation graduelle à l'aide de bougies et surtout dilatation forcée avec les deux pouces introduits dans l'anus.

13. — FISTULES A L'ANUS

La fistule est un trajet, un canal étroit, qui fait communiquer deux régions voisines mais séparées à l'état normal.

On divise les fistules en *complètes*, s'ouvrant à la surface de la

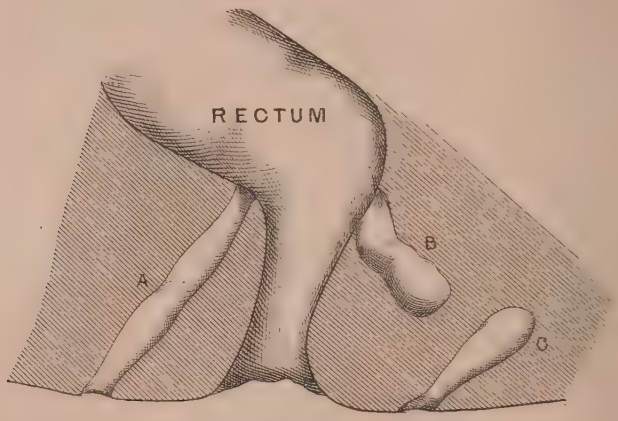


Fig. 482. — Fistules ano-rectales.

A, complète. — B, incomplète ; borgne interne. — C, incomplète ; borgne externe.

peau en même temps que du côté de la muqueuse (fig. 482 A) ; en fistules *incomplètes, borgnes externes* (fig. 482 C) qui se créent une issue à la surface de la peau sans perforer la muqueuse ; et enfin en fistules *incomplètes, borgnes internes* (fig. 482 B) ; celles-ci s'ouvrent à la surface de la muqueuse seulement.

Au point de vue pathogénique les fistules peuvent être divisées : 1° en fistules consécutives à l'inflammation du tissu cellulaire des fosses pelvi-rectales, ce sont là les fistules anales communes ou

fistules pelvi-rectales inférieures ; 2° en fistules qui ont pour source une suppuration de la couche adipeuse de l'espace pelvi-rectal supérieur ou *fistules pelvi-rectales supérieures ;* 3° enfin en fistules qui tirent leur origine d'une lésion osseuse, *fistules ostéopathiques*. Nous laisserons de côté cette dernière variété pour ne nous occuper que des deux premières.

1° *Fistules pelvi-rectales inférieures*. — Ces fistules sont de beaucoup les plus fréquentes et c'est surtout à elles que l'on aura affaire dans la pratique quotidienne.

On distingue généralement trois variétés dans cette grande division de fistules.

Que le trajet fistuleux glisse simplement sous les téguments de l'anus, en respectant les fibres des sphincters, ce sera la variété *sous-*

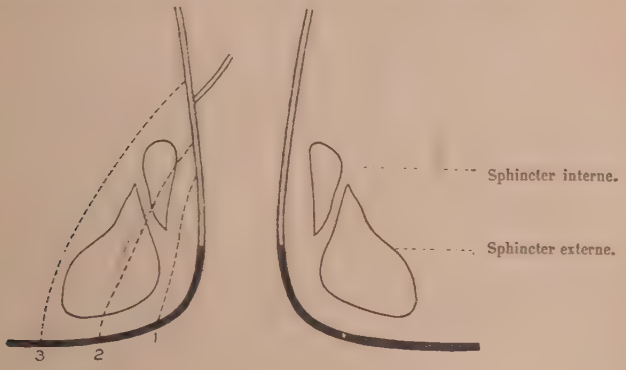


Fig. 483. — Fistules pelvi-rectales inférieures.

1, fistule sous-tégumenteuse. — 2, fistule intra-musculaire. — 3, fistule sus-musculaire.

tégumenteuse (fig. 483, 1) ; que l'on trouve l'anneau sphinctérien perforé, c'est à la fistule profonde *intra-musculaire* que l'on aura affaire (fig. 483, 2) ; se fait-il au-dessus des muscles sphincters, on aura la fistule *sus-musculaire* (fig. 483, 3).

La description de toute fistule comprend l'étude des orifices, au nombre de deux, l'un externe, l'autre interne, et celle du trajet intermédiaire.

Orifice externe ou *cutané*. — Le plus souvent unique : on le trouve à droite ou à gauche. Dans les fistules superficielles sous-tégumenteuses, il est situé tantôt tout près, à quelques millimètres de l'anus, tantôt au milieu même des plis radiés. Dans les fistules

profondes l'orifice externe est à quelques centimètres de la terminaison du tube digestif. — Ordinairement assez étroit, on le voit au sommet d'une petite saillie, d'une élevure de couleur rougeâtre et d'aspect fongueux; d'autres fois l'orifice est dissimulé au fond d'une ulcération. Dans certains cas, on peut voir au sommet d'une proéminence toute une série de pertuis, qui s'ouvrent tantôt dans un seul et même canal, tantôt dans une série de trajets communiquant avec le rectum.

Orifice interne ou *muqueux*. — Celui-ci siège souvent immédiatement au-dessus du point où la peau cède la place à la muqueuse; mais il ne faut pas croire qu'il en soit toujours ainsi, il arrive en effet que le trajet fistuleux s'ouvre à 5 ou 6 centimètres au-dessus de l'orifice anal; on est même parfois très surpris de voir la sonde se diriger si haut vers la surface interne du rectum. L'aspect de l'orifice interne varie aussi d'une façon très notable, tantôt c'est un simple orifice au niveau d'une saillie de dimension minime; tantôt il est large et comme déchiqueté. Mais une disposition que l'on retrouve souvent est la suivante : lorsqu'on pratique le toucher rectal et que d'autre part on fait pénétrer le stylet dans le trajet fistuleux, on sent l'instrument cheminer sous la muqueuse pendant quelque temps pour s'ouvrir enfin obliquement à la surface interne du rectum.

Trajet. — Tantôt droit, tantôt sinueux, le canal fistuleux se dirige de bas en haut et de dehors en dedans, de la surface cutanée vers le rectum; s'il s'agit de fistule incomplète, ce canal s'arrête à mi-chemin. Lorsqu'on trouve au pourtour de l'anus plusieurs orifices, l'exploration avec un stylet permet de constater dans bien des cas qu'ils communiquent les uns avec les autres pour se diriger ensuite par un canal commun vers l'orifice interne. Cette disposition en demi-cercle au voisinage de l'anus a été désignée sous le nom de fistules en fer à cheval. Généralement court, le trajet peut atteindre une longueur plus ou moins considérable.

2° *Fistules pelvi-rectales supérieures*. — Celles-ci doivent leur origine à des inflammations et des abcès consécutifs du tissu cellulaire interposé entre le releveur de l'anus et le péritoine. Les trajets fistuleux, dans cette variété d'affections, sont le plus souvent rectilignes et présentent une longueur très notable (de 7 à 15 centimètres), qui contribue à rendre les signes par lesquels on recon-

naît la fistule pelvi-rectale supérieure assez nets. Si l'on associe à ces indices le fait de l'écartement considérable entre le doigt introduit dans l'anus et le stylet glissé dans le trajet, on aura un ensemble de constatations, qui éviteront la confusion avec les fistules de l'espace pelvi-rectal inférieur.

Étiologie, pathogénie. — Les fistules sont surtout dues à la tuberculose. Les recherches microscopiques démontrent qu'il s'agit de dépôt de tissu tuberculeux au sein du tissu cellulaire pelvi-rectal; la dégénérescence, la fonte, la nécrose en un mot, finissent par amener la disparition du tissu normal, remplacé par un foyer purulent qui se vide tantôt du côté de la peau, tantôt du côté de la muqueuse rectale. D'autres causes que la tuberculose peuvent, mais avec une rareté relative, donner naissance à des fistules, tels de petits corps étrangers arrêtés au niveau des replis de la région anale, ou la rupture d'un lobe hémorrhoïdaire qui facilite l'infection du tissu cellulaire et la formation consécutive d'abcès.

On s'est longtemps demandé pourquoi ces fistules s'obturaient avec tant de lenteur, pourquoi dans bien des cas, malgré les soins et les traitements les mieux appropriés, elles se cicatrisaient si mal et laissaient souvent un petit trajet qui n'avait aucune tendance à se refermer. Il y a encore peu de temps, on expliquait ces faits par des raisons d'ordre topographique ; on disait que la mobilité extrême du rectum, les contractions fréquentes du releveur de l'anus, rendaient la cicatrisation sinon impossible, du moins très difficile. Aujourd'hui nous savons que la cause véritable de la lenteur de cicatrisation est dans la nature même de l'affection ; tant qu'il y a là des granulations tuberculeuses qui suivent leur évolution, la fistule ne se ferme pas.

Symptômes. — Les malades atteintes de fistules accusent des sensations diverses; les unes se plaignent de démangeaisons, de prurit: d'autres se trouvent incommodées par la sécrétion du pus, qui parfois peut être assez abondante et qui, presque toujours, répand une odeur fort pénétrante. Au bout d'un certain temps, on voit apparaître dans le pli interfessier de l'eczéma ou simplement de l'érythème. Il arrive parfois que l'orifice externe s'oblitère ; il y a alors rétention de pus et turgescence des tissus, qui rendent la station assise peu supportable.

Si l'on procède à l'examen de la région anale, on trouve ou un

seul petit pertuis ou plusieurs orifices, qui ont fait comparer cette disposition à celle d'une pomme d'arrosoir. Dans le cas de fistule borgne interne, les malades rendent du pus par l'anus ; mais il y a en même temps une sorte de turgescence et de plénitude dans toute la région péri-anale.

Diagnostic. — Pour procéder à l'examen de l'anus, il est bon de mettre les malades dans le décubitus latéral, faire fléchir la cuisse supérieure, étendre l'autre ; en même temps qu'on relève la fesse supérieure, on découvre toute la région. Certains chirurgiens préfèrent mettre les malades dans le décubitus dorsal et relever fortement les membres inférieurs.

La simple inspection peut suffire quelquefois pour faire le diagnostic de fistule. Le toucher est cependant indispensable pour en reconnaître l'étendue et la variété. Avec un stylet introduit dans l'orifice externe et le doigt dans le rectum, on saisit ces dispositions particulières, qu'affecte le trajet.

Lorsque la fistule est borgne interne, le toucher est très douloureux ; la malade rend une petite quantité de pus ; le doigt ne rencontre ni ulcération, ni induration, ni fongosités dans la partie terminale du rectum, ce qui permet d'éliminer le cancer, le polype, le rétrécissement cicatriciel du rectum, de même que la syphilis ; la présence d'une certaine induration tout autour de l'anus rendra le diagnostic de fistule borgne interne probable.

Le pronostic est toujours assez sérieux ; si l'affection par elle-même ne présente aucune gravité, elle révèle presque toujours un mauvais état général, un sujet prédisposé à la culture du bacille.

Traitement. — Quelques chirurgiens traitent encore les fistules par la ligature élastique. Avec un stylet aiguillé, armé d'un fil de caoutchouc, on pénètre par l'orifice externe pour ressortir ensuite par l'anus ; on serre le fil et on fait un nœud ; petit à petit le fil coupe les tissus en même temps que la cicatrisation s'opère d'une façon insensible au-dessous du lien, qui finit par tomber. Souvent, après cette chute du fil, on voit la fistule persister encore pendant longtemps, ce qui tient à ce que les tissus malades ne sont pas détruits et continuent leur évolution morbide.

L'incision au thermocautère est une méthode bien plus efficace. Une sonde cannelée est introduite dans le trajet ; d'autre part, on fait pénétrer le doigt dans le rectum, on suit le chemin que par-

court la sonde; avec quelques tâtonnements on arrive à trouver l'orifice interne par lequel on fait ressortir alors la sonde cannelée. On incise les masses molles chargées sur la sonde, on cautérise le fond du trajet avec le thermocautère, on saupoudre la plaie avec de l'iodoforme, et on la recouvre avec de la gaze iodoformée.

La méthode la meilleure consiste à inciser le trajet au bistouri, à le nettoyer avec une curette, à le laver avec une solution antiseptique, puis à suturer les bords de la plaie.

Il importe, en même temps qu'on traite la plaie, d'agir sur l'état général du malade et de lui faire administrer de l'huile de foie de morue, de la créosote, du phosphate de chaux, de l'iodure de potassium, des toniques.

14. — DIAGNOSTIC DES TUMEURS DE LA FACE INTERNE DU BASSIN

Lorsqu'on voudra procéder à l'étude de la nature et du siège d'implantation des tumeurs de la face interne du bassin, il sera indispensable de voir tout d'abord quels sont les antécédents héréditaires ou personnels de la malade, car si les premiers ne fournissent souvent que peu de données, les seconds peuvent être d'une importance capitale. On connaît le rôle que jouent la syphilis et la grossesse dans l'évolution des tumeurs en général et de celles du bassin en particulier. Il faut, en outre, interroger la malade pour savoir s'il n'y a jamais eu de traumatisme violent : fractures, luxations, etc.; quand il y a eu des douleurs, il faut s'appliquer à bien en élucider la nature.

Une fois qu'on aura consigné ces divers points, on emploiera les moyens d'investigation courants.

La *palpation* va nous renseigner sur la forme de la tumeur, ses rapports, sa mobilité, sa consistance, et sur deux signes importants, à savoir les battements et la crépitation.

La *ponction* pourra, dans certaines circonstances, éclairer sur la nature de la tumeur.

Mais c'est sur le *toucher* qu'il faudra reporter toute son attention, car c'est surtout lui qui nous permettra de reconnaître s'il s'agit d'une tumeur du bassin ou d'une affection de l'un des organes (utérus, rectum, vessie, etc.), contenus dans l'excavation.

Lorsqu'on aura établi que la tumeur est bien une tumeur du bassin, le *toucher* nous permettra de reconnaître et le point d'im-

plantation et sa consistance, de même qu'il pourra nous fournir certaines données sur les rapports et les conséquences de cette tumeur.

Enfin il est un moyen d'exploration qui, tout exceptionnel qu'il soit, n'en est pas moins important : les néoplasmes de la partie postérieure du pubis et de la branche ischio-pubienne peuvent parfois se compliquer de rétention d'urine ou de dysurie. Dans ce cas, le *cathétérisme*, dirigé contre le premier de ces accidents, pourra donner incidemment des renseignements précieux sur la direction et le calibre de l'urètre.

Si l'on a affaire à une tumeur dure, de consistance osseuse et partout égale, la question à débattre sera :

Y a-t-il *exostose* ou *enchondrome?*

Ces deux néoplasmes ont quelques points de contact, quelques propriétés communes. C'est ainsi que tous les deux siègent de préférence à la région *ischio-pubienne,* à la région *sacrée* ou *sacro-iliaque;* ils se développent avec lenteur, sont peu douloureux et n'amènent des phénomènes de compression que quand la tumeur est déjà constituée depuis longtemps.

L'*exostose* reste longtemps semblable à elle-même; elle est uniformément dure dans tous ses points; l'enchondrome, au contraire, se couvre de *bosselures* plus ou moins larges, plus ou moins saillantes, et qui présentent de grandes variétés de consistance; les unes restent dures, d'autres sont élastiques et quelquefois même fluctuantes.

Le diagnostic entre la *saillie du promontoire* dans un bassin rachitique et l'exostose provenant du *sacrum* est quelquefois difficile; ce sont surtout les antécédents et la présence de quelques déformations caractéristiques du rachitisme, qui aideront à différencier ces deux états.

On sera peut-être bien moins embarrassé de différencier un cal difforme d'avec une exostose; dans ce dernier cas, il est presque constant de trouver en même temps qu'une tumeur intra-pelvienne dure, inégale, adhérente par sa base à la face antérieure du sacrum, une ou plusieurs dépressions de la surface externe du bassin répondant exactement aux saillies intérieures; les commémoratifs auront ici beaucoup de valeur, car il suffira de savoir qu'il y a eu traumatisme grave (passage d'une roue de voiture, chute sur le siège, etc.), pour rendre le diagnostic de fracture et de cal difforme probable.

L'*enchondrome*, arrivé à sa période de développement complet, pourra faire penser à l'*ostéosarcôme*. Voici les signes qui permettent de différencier ces deux néoplasmes : L'*enchondrome* siège au pubis, à l'ischion, au sacrum et enfin sur l'os iliaque, au voisinage de l'articulation sacro-iliaque. Tout au contraire, l'*ostéosarcôme* a son siège de prédilection aux extrémités du diamètre transverse, au voisinage de la cavité cotyloïde. L'*enchondrome* ne donne lieu que tardivement à des phénomènes de compression ; pendant longtemps, il reste à l'état latent. L'*ostéosarcôme* cause, dès le début, des douleurs d'une ténacité extrême. L'*enchondrome* présente une grande inégalité; il n'y a que lui pour montrer ces bosselures alternativement grosses et petites, dures et fluctuantes. De plus, il atteint des dimensions parfois énormes, auxquelles l'ostéosarcôme n'arrive jamais. En outre, il faut dire que l'enchondrome n'est pas envahissant et ne laisse jamais percevoir cette crépitation parcheminée si nette dans les ostéosarcômes.

L'*ostéosarcôme* est une néoformation qui donne lieu à des erreurs fréquentes. C'est ainsi qu'on l'a confondu au début avec une *névralgie sciatique;* mais, là encore, l'acuité, la persistance des douleurs, l'inefficacité de tous les agents thérapeutiques éveilleront l'attention des cliniciens. On peut encore penser à une *hypérostose syphilitique*, d'autant plus que les douleurs sont surtout nocturnes; mais l'inefficacité du traitement spécifique devra bientôt faire penser à l'ostéosarcôme. L'*anévrysme* peut aussi quelquefois donner le change; mais ici la tumeur est pulsatile dès le début et surtout très dépressible, à moins qu'il ne s'agisse d'un anévrysme ancien où les caillots accumulés dans la poche rendent les signes caractéristiques obscurs.

Les *fibrômes* prennent naissance à l'union des aponévroses avec le périoste; on les rencontre au niveau des fosses iliaques. Depaul en a rencontré un implanté dans les liens de conjugaison des deux dernières vertèbres lombaires du côté gauche et dans le trou sacré de la troisième vertèbre sacrée. Smith rappelle un cas où une tumeur fibreuse, après avoir pris naissance sur le périoste du pubis, s'était insinuée sous l'arcade pubienne. Nicaise en observa une située en dedans de la tubérosité de l'ischion.

Les *kystes hydatiques* sont arrondis, bien circonscrits, plus ou moins nettement fluctuants. On est exposé à les confondre avec des abcès par congestion, mais il y a un signe qui peut parfois

éclairer le diagnostic, c'est la présence d'un rebord osseux, rugueux, friable, qui indique que l'os est très modifié, altéré dans sa structure. Etant donné que le liquide, contenu dans les poches du kyste hydatique, a été trouvé ordinairement très altéré, la ponction exploratrice ne donnera souvent que des résultats peu précis. Ces tumeurs ont été trouvées surtout au voisinage de l'articulation coxo-fémorale, rarement au niveau du sacrum et du pubis.

La *sacro-coxalgie* peut donner lieu à la formation de collections purulentes qui, en vertu de la moindre résistance des ligaments antérieurs, s'amassent à la partie antérieure de l'articulation sacro-iliaque. Le diagnostic est difficile; en exerçant une pression au niveau précis de l'épine iliaque postérieure et supérieure, en pratiquant le toucher rectal, et surtout en tentant de rapprocher les deux os iliaques, ce qui détermine une douleur très vive à l'endroit même de l'articulation malade, on arrivera le plus souvent au diagnostic.

15. — COCCYGODYNIE

On désigne sous ce nom une affection, caractérisée par une douleur le plus souvent assez intense, siégeant dans la région coccygienne.

Étiologie. — La coccygodynie frappe de préférence les femmes qui ont eu un ou plusieurs accouchements. En dehors de la puerpéralité, on a pu rattacher la maladie à un refroidissement, à une chute ou à un autre traumatisme de la région périnéale; mais la parturition et les affections utérines sont les causes les plus fréquentes de la coccygodynie.

Voici comment Scanzoni cherche à expliquer la filiation des symptômes. Le refoulement forcé du coccyx en arrière amène l'extension ou la déchirure des ligaments sacro-coccygiens latéraux, la contusion et l'écrasement des parties constituantes de la région; causes suffisantes pour provoquer un travail morbide du coccyx et de son articulation avec la dernière vertèbre sacrée. Les nerfs coccygiens, tiraillés et comprimés, restent le siège d'une névralgie plus ou moins tenace.

Le symptôme, par lequel se manifeste la coccygodynie, est la douleur, avec impossibilité de s'asseoir, de se coucher et parfois même de marcher.

La douleur siège le plus souvent au niveau de l'articulation sacro-coccygienne, tantôt sur la ligne médiane, tantôt un peu latéralement ; elle est très pénible, parfois obtuse, d'autres fois très aiguë. Les changements brusques de position, la constipation et l'expulsion de matières dures peuvent la provoquer. La palpation et le toucher de la face antérieure du coccyx, de même que les essais de rétropulsion, provoquent de véritables crises; il en est de même de la marche. Jencks a signalé la contracture des faisceaux musculaires qui s'insèrent sur le coccyx.

La MARCHE peut être aiguë et la maladie disparaître complètement au bout de quelques jours. Dans le cas ou la coccygodynie affecte une allure chronique, il faut en chercher la cause dans une maladie des organes du petit bassin.

Le PRONOSTIC est variable suivant que l'on a affaire à une coccygodynie de nature rhumatismale ou autre. Dans le premier cas l'affection est bénigne; il n'en est plus de même de ces affections rebelles qui résistent à tout traitement, ce qui a surtout lieu dans le cas d'une maladie de l'articulation sacro-coccygienne.

Le TRAITEMENT sera symptomatique dans la plupart des cas. On combattra la douleur par les révulsifs, les compresses chaudes, les vésicatoires, etc.

Les injections de chlorhydrate de morphine ont amené des guérisons définitives entre les mains de Courty et Scanzoni. En désespoir de cause, on aura recours à la section des insertions musculaires et tendineuses aboutissant au coccyx, et si cela était insuffisant, on ferait l'ablation de cet os. Cette méthode est très en faveur auprès des chirurgiens anglais et américains.

16. — PRURIT ANAL

Le prurit anal est constitué par une démangeaison intermittente ou continue siégeant à l'orifice externe de l'anus.

Cette démangeaison peut être tellement vive, qu'elle est cause d'insomnie prolongée, et constitue un état des plus pénibles pour la malade.

Le prurit anal n'est intéressant que par ses causes, dont la connaissance conduit au traitement.

Trois catégories étiologiques :

1° *Parasitaire ;*

2° *Secondaire ;*

3° *Essentiel.*

1° Le prurit parasitaire est d'habitude causé par l'*oxyure vermiculaire*, helminthe, ressemblant à un gros fil blanc d'un centimètre de longueur environ. L'oxyure est en général facilement constaté à l'œil nu, alors qu'on examine l'anus. Une exploration n'est pas toujours suffisante; il est bon, en cas de résultat négatif, d'en faire deux ou trois successives, et même d'examiner les matières fécales après leur expulsion, car les oxyures peuvent se cacher dans le canal de l'anus où ils sont soustraits à la vue.

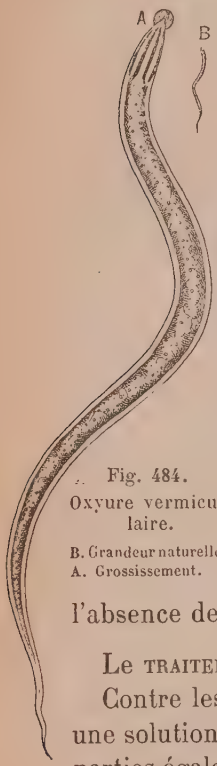


Fig. 484.
Oxyure vermiculaire.
B. Grandeur naturelle.
A. Grossissement.

2° Le prurit secondaire s'observe comme symptôme des hémorrhoïdes, de l'érythème, de l'eczéma, de l'herpès, à la suite en un mot de toute affection pouvant irriter la région anale. L'examen direct permet la constatation facile de la cause.

3° Le prurit existe enfin sans trace de parasite, ni d'affection pathologique; il est alors essentiel, constitué par une simple névralgie ou dermalgie. C'est en l'absence de toute cause appréciable qu'on admettra cette variété.

Le TRAITEMENT dépend de la cause.

Contre les oxyures, lavages fréquents de la marge de l'anus avec une solution de sublimé à $\frac{1}{1000}$, au besoin donner un lavement avec parties égales d'eau et de vinaigre ordinaire, ou le lavement suivant :

Acide phénique	0 gr. 20
Glycérine.	10 —
Infusion d'absinthe.	125 —

Dans le prurit secondaire, traiter la maladie causale par une thérapeutique appropriée.

Quand le prurit est essentiel, lotions chaudes (50°), à répéter plusieurs fois dans le courant de la journée; application d'une pommade cocaïnée à $\frac{1}{10}$; pointes de feu en cercle à 4 ou 5 centimètres de l'orifice anal; application de suppositoires morphinés; calmants généraux; au besoin, recourir à la dilatation de l'anus avec anesthésie chloroformique.

CHAPITRE XII

ABDOMINOPATHIES
SIMILI-GÉNITALES

SOMMAIRE

1° Considérations générales sur l'abdomen. Description topographique.
2° Affections simili-génitales.

I. *Névralgies.*
- Intercostales.
- Lombaires.
- Crurales.
- Obturatrices.
- Sciatiques.

II. *Dyspepsies.*
1. Alimentaire.
2. Inflammatoire.
3. Mécanique.
4. Névralgique.

III. *Tumeurs.*

A. Petites tumeurs.
1. Paroi abdominale.
2. Hypochondre droit (foie).
3. — gauche (rate).
4. Epigastre (estomac).
5. Ombilic (intestin).
6. Flancs (reins).
7. Fosse iliaque droite (cœcum).
8. — gauche (S. iliaque).
9. Hypogastre (vessie, utérus, rectum).

B. Grosses tumeurs.

ABDOMINOPATHIES SIMILI-GÉNITALES

Le corps humain se divise en trois grandes cavités splanchniques :

Cranienne contenant : l'encéphale.

Thoracique. — { le système respiratoire. / le système circulatoire central.

Abdominale. — { le système digestif. / le système urinaire. / le système génital.

L'enveloppe crânienne est absolument rigide et osseuse; l'encé-

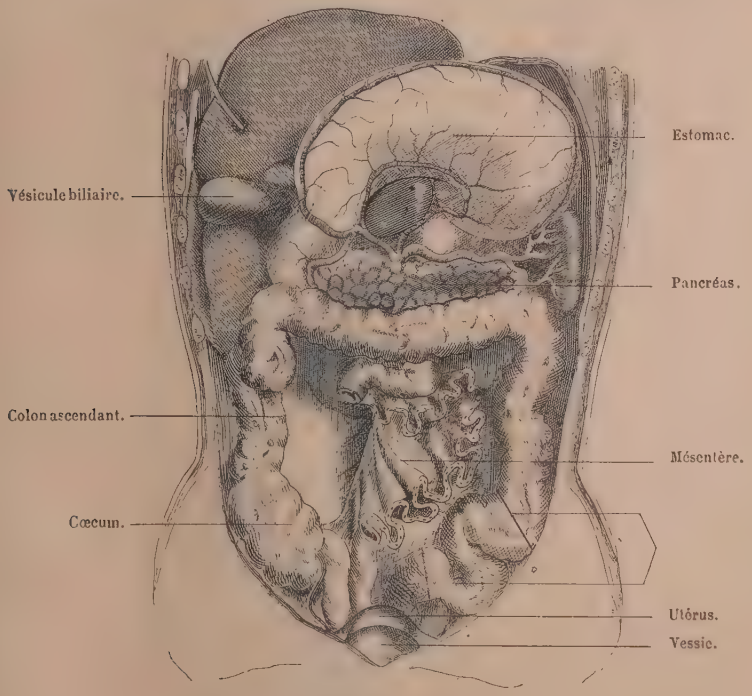


Fig. 485. — Viscères abdominaux (Sappey)

phale y siège immuable avec toute la tranquillité et l'impénétrabilité, qui convient au directeur de notre organisme.

L'enveloppe thoracique est moitié solide, moitié molle, de manière à permettre les mouvements continuels et indispensables des poumons et du cœur qui en occupent l'intérieur.

L'enveloppe abdominale est essentiellement molle : uniquement maintenue en arrière par la colonne vertébrale, elle est séparée du thorax par le diaphragme ; le pelvis constitue son trait d'union avec les membres inférieurs. Cette mollesse ou mieux cette élasticité était indispensable au fonctionnement du tube digestif dont le contenu

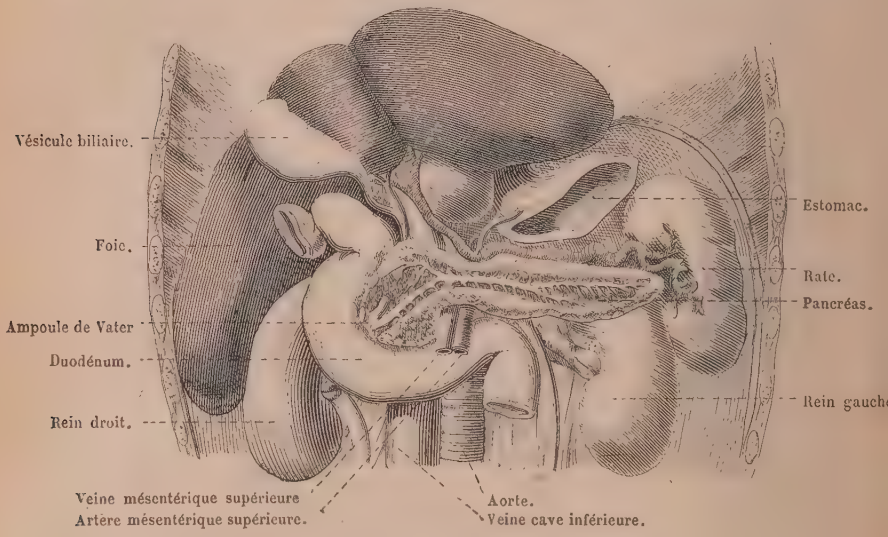


Fig. 486. — Pancréas et ses organes limitrophes (Sappey).

varie d'un moment à l'autre, et surtout au développement de l'utérus pendant la grossesse. D'autre part, cette élasticité, nécessaire à la constitution humaine, devient par son altération la source de troubles nombreux, ainsi que nous le verrons plus tard.

Ouvrons l'abdomen féminin, qui seul nous intéresse dans ce chapitre, nous y trouvons les organes suivants :

a. Système digestif.

Tube digestif. 1. Estomac.
2. Petit intestin.
3. Gros intestin.

Annexes. 1. Foie et voies biliaires.
2. Pancréas.
3. Rate.

b. Système urinaire.	1. Reins et capsules surrénales.
	2. Uretères.
	3. Vessie.
	4. Urètre.
c. Système génital.	1. Ovaires.
	2. Trompes.
	3. Utérus.
	4. Vagin terminé par la vulve.

Le *péritoine* est le trait d'union, qui unit et sépare tous les organes abdominaux; il est en quelque sorte leur vêtement commun.

Je me bornerai pour ces divers organes à rappeler quelques points de repère, que le clinicien a besoin de connaître quand il explore l'abdomen :

Le *cardia* se trouve à la hauteur de la onzième vertèbre dorsale.

Le *pylore* — — douzième —

La *vésiculaire biliaire* correspond à droite au cartilage de la neuvième côte.

Le *pancréas* est en avant de la deuxième vertèbre lombaire.

Le *côlon transverse* se trouve à peu près à la limite de l'épigastre et de la région ombilicale (voir plus loin).

L'*ombilic* correspond à la troisième vertèbre lombaire.

Le *rein* s'étend du milieu de la douzième vertèbre dorsale à l'union de la deuxième et troisième lombaires.

La bifurcation de l'aorte se fait au niveau de la quatrième vertèbre lombaire et celle de la veine cave à l'union de la quatrième et cinquième lombaires.

Refermons la paroi abdominale que nous avons ouverte (fig. 485 et 486) pour voir le contenu, et sur cette paroi délimitons des points de repère qui nous serviront de guide dans l'exploration de l'abdomen (fig. 487).

1° Menons d'abord une ligne transversale joignant la partie la plus basse du thorax et des côtes.

2° Autre ligne transversale unissant les épines iliaques antéro-supérieures.

3° Deux lignes verticales, perpendiculairement abaissées sur les éminences ilio-pectinées du pelvis.

Neuf régions se trouvent délimitées par ces quatre lignes. Je les énumère en mentionnant les organes importants qu'elles abritent.

Epigastre[1].	Estomac.
Ombilic[2].	*Plan superficiel*, petit intestin ;
	Plan profond, pancréas ;
	— Reins (sur la limite).
Hypogastre.	Vessie ;
	Utérus et annexes ;
	Rectum.
Hypochondres.	Droit : foie ;
	Gauche : rate.
Flancs.	Droit : côlon ascendant ;
	Gauche : côlon descendant.
Régions iliaques.	Droite : cœcum[3] ;
	Gauche : S iliaque[4] ;

En explorant ces diverses régions, nous saurons dorénavant, à moins de déplacement, le viscère au niveau duquel nous nous trouvons.

En n'envisageant que l'organe le plus important occupé au niveau de chacune d'elles, on pourra encore les appeler :

Région stomacale	(épigastrique).
— intestinale (petit intestin)	(ombilicale).
— utérine	(hypogastrique).
— hépatique	(hypochondre droit).
— splénique	(hypochondre gauche).
Colique ascendante	(flanc droit).
— descendante	(flanc gauche).
Cœcale	(région iliaque droite).
de l'S iliaque	(région iliaque gauche).

Les organes de l'abdomen, ainsi que leurs parois protectrices peuvent être le siège de maladies nombreuses, qui, par leur analogie et leur voisinage avec les maladies génitales, sont l'objet de confusions fréquentes. Ces *abdominopathies simili-génitales* doivent être exactement connues du gynécologue, sous peine de diagnostic erroné et d'intervention intempestive.

[1] Considéré comme région.

[2] Le côlon transverse est situé à l'union des régions épigastrique et ombilicale.

[3] Le cœcum a pour limite supérieure un plan passant par l'épine iliaque antéro-supérieure ; en quittant la région iliaque pour arriver dans les flancs, le gros intestin change donc de nom, cœcum au-dessous, côlon au-dessus.

[4] L'S iliaque a pour limite supérieure le plan horizontal passant par l'épine iliaque antéro-supérieure, et pour limite inférieure, le point où le gros intestin quitte la fosse iliaque pour pénétrer dans le petit bassin. L'S iliaque est donc exactement limité à la fosse iliaque gauche, de même que le cœcum à la droite.

Trop souvent, en effet, on voit des femmes souffrant de l'abdomen, et ayant le système génital absolument sain, être traitées par

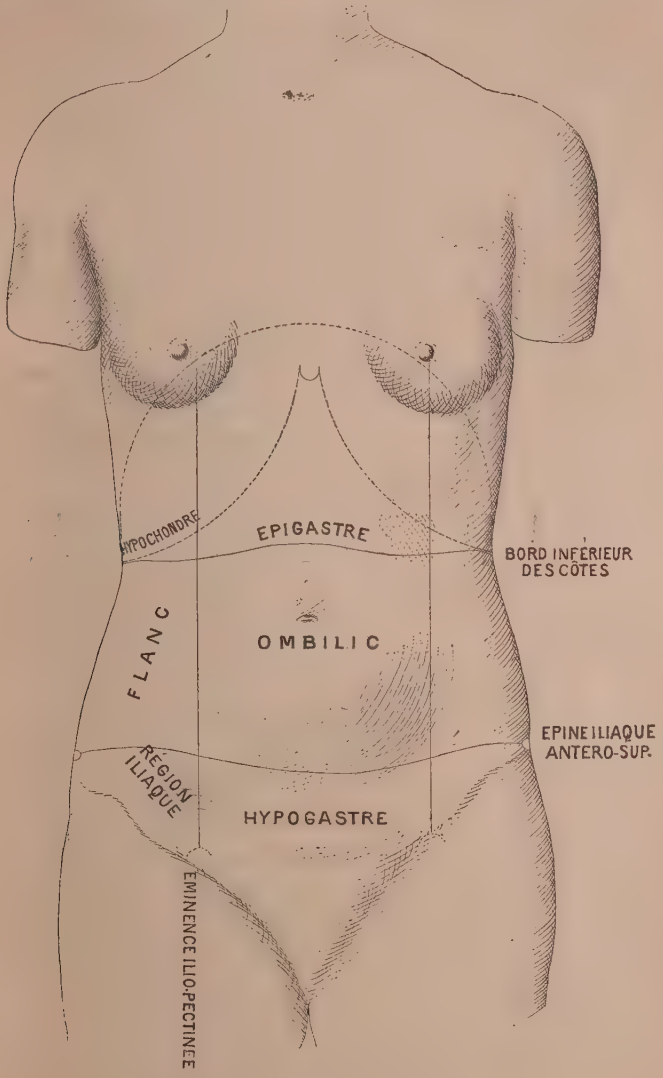


Fig. 487. — Régions abdominales.

des médecins ignorants pour une affection supposée de l'utérus ou des annexes. Le diagnostic est inexact et la thérapeutique forcément infructueuse.

Il est impossible ici de passer en revue toute la pathologie de l'abdomen, d'ailleurs un grand nombre d'affections ne sauraient prêter à confusion, telles les hépatites, les néphrites, etc. Je me bornerai aux trois classes suivantes de maladies, dont le diagnostic différentiel s'impose journellement en gynécologie, à savoir :

a. Les névralgies,
b. Les dyspepsies,
c. Les tumeurs.

I

NÉVRALGIES

Les nerfs du système génital proviennent du grand sympathique, cheminant en même temps que les artères et formant ainsi trois groupes, un qui accompagne l'artère utéro-ovarienne (provenance : le plexus solaire) et les deux autres les artères utérines et vaginales (provenance : les plexus lombo-aortique et hypogastrique).

Supposons une irritation partie de la zone génitale, elle pourra, par l'intermédiaire des voies nerveuses qui viennent d'être indiquées, gagner les ganglions du grand sympathique, de là la partie voisine de la moelle et se répandre dans les nerfs rachidiens correspondants.

Le schéma 488 nous permet de comprendre facilement cette voie.

Autrement dit, une irritation de provenance génitale pourra aboutir par voie réflexe aux huit derniers nerfs intercostaux, aux nerfs ilio-lombaires, au crural, à l'obturateur et enfin au sciatique.

Exceptionnellement, grâce à la richesse des communications nerveuses, l'irradiation est susceptible de se faire plus loin et d'arriver jusqu'aux nerfs intercostaux supérieurs, voire même au plexus brachial.

Ces relations nerveuses nous expliquent la fréquence dans les maladies génitales des névralgies

Intercostales,
Ilio-lombaires,
Crurales,
Obturatrices.
Sciatiques.

Or quand une de ces névralgies se présente à l'examen du clinicien, il doit, après en avoir vérifié l'existence, rechercher

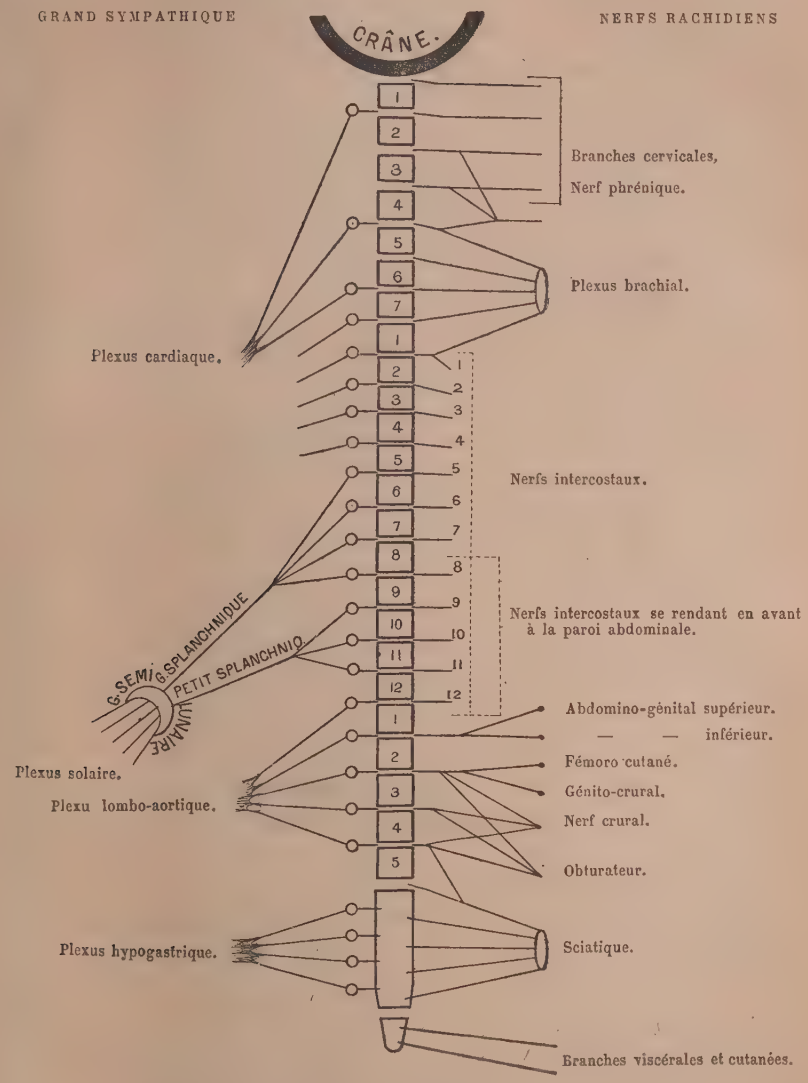


Fig. 488. — Schéma du système nerveux rachidien.

la cause, qui peut être soit une maladie génitale, soit une autre affection ; c'est ce diagnostic différentiel qui nous intéresse particulièrement.

Ces diverses névralgies sont caractérisées par une douleur qui dessine le trajet du nerf, et par des *points douloureux* que réveille la pression et qui sont pathognomoniques de l'affection.

Le diagnostic a un intérêt capital à l'exacte détermination de ces points douloureux, qui sont, en quelque sorte, la signature de la névralgie.

Je me contente de les rappeler pour chacunes d'elles.

Névralgie intercostale. — Trois points douloureux :

Point postérieur. — Au niveau, soit des apophyses épineuses, soit

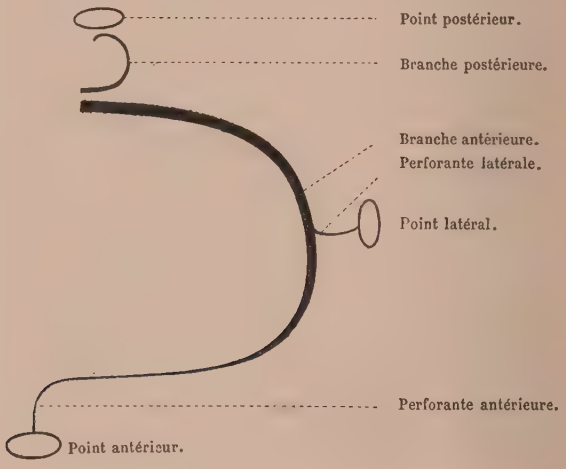


Fig. 489. — Nerf intercostal.

des masses musculaires latérales sur le trajet des branches nerveuses postérieures.

Point latéral. — Au siège du rameau perforant latéral.

Point antérieur. — Sur les côtés du sternum à l'extrémité perforante du nerf intercostal.

Névralgie ilio-lombaire. — (Névralgie des abdomino-génitaux supérieur et inférieur, du fémoro-cutané et du génito-crural.)

1° *Point sous-ombilical*, au-dessous de l'ombilic de chaque côté de la ligne médiane au point d'émergence de l'abdomino-génital supérieur ;

2° *Point pubien*, au niveau de l'épine pubienne, le schéma 490 indique les terminaisons nerveuses à ce niveau ;

3° *Point génital*, vers la partie moyenne de la grande lèvre, *point d'expansion* de Trousseau, car le nerf vient s'épanouir à ce niveau;

4° *Point inguinal*, au niveau du canal inguinal;

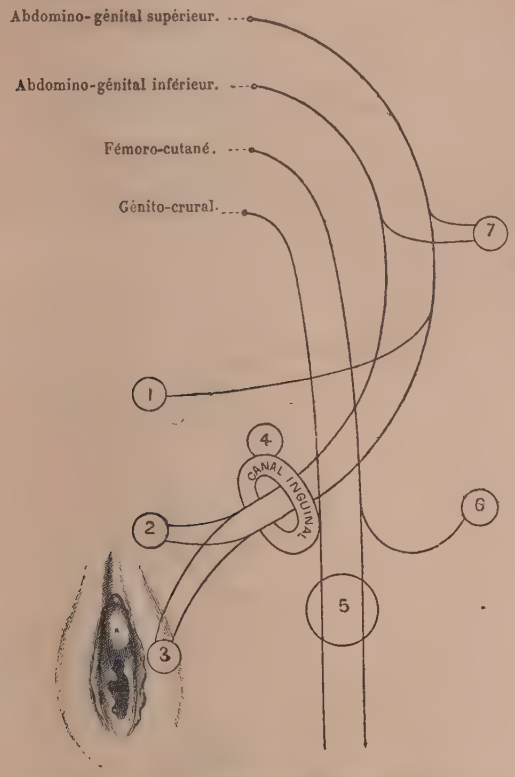


Fig. 490. — Schéma des nerfs ilio-lombaires.

5° *Point fémoral*, à la partie supéro-externe du triangle de Scarpa;

6° *Point fessier*;

7° *Point latéral*, un peu au-dessus de la crête iliaque, à la partie la plus externe de la région.

Névralgie crurale.

Point inguinal, à l'endroit où le nerf crural sort sous le ligament de Fallope.

Point du condyle interne, sur le trajet du saphène interne.

Points du couturier, sur le trajet de ce muscle aux régions où les branches du musculo-cutané traversent les fibres musculaires.

Névralgie obturatrice.

Point obturateur, qu'on trouve en pratiquant le toucher vaginal et en appuyant sur la région du trou obturateur, où le nerf du même nom quitte le pelvis.

Névralgie sciatique.

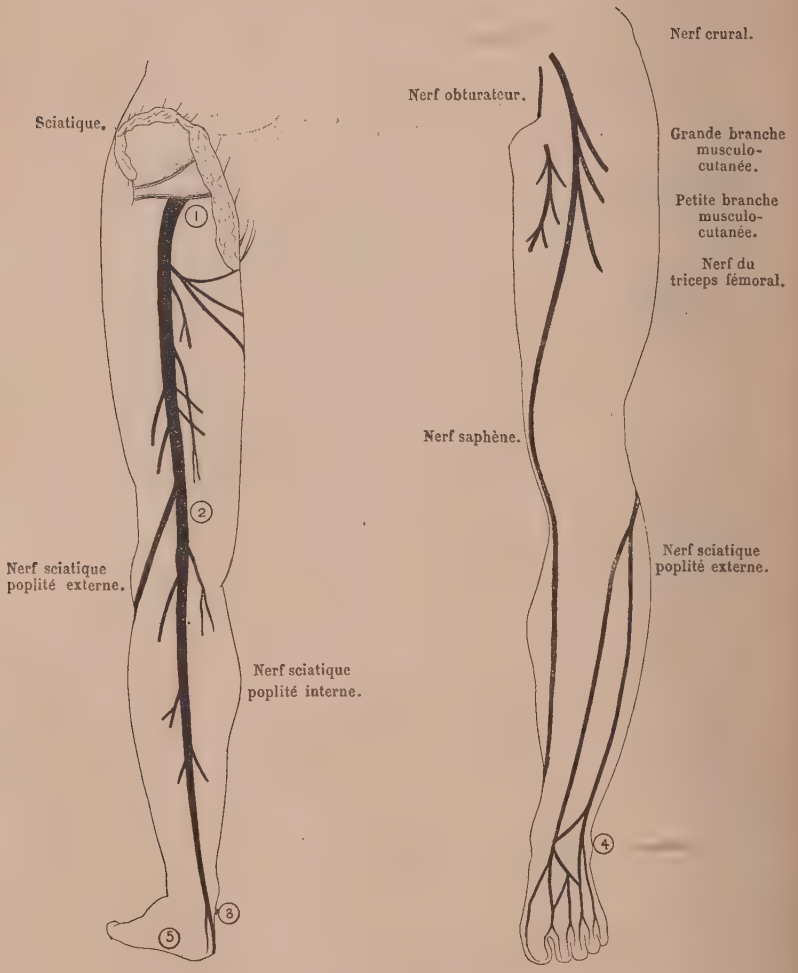


Fig. 491. — Schèma des nerfs des membres inférieurs.

1° *Point fessier*, au point d'émergence du nerf sciatique à la grande échancrure sciatique ;

2° *Point poplité*, dans le creux poplité ;

3° et 4° *Points malléolaires externe et interne*, sur le trajet des branches du sciatique ;

5° *Point plantaire*, au niveau des plantaires externe et interne.

L'existence de la névralgie est établie, il importe d'en déterminer l'ORIGINE ÉTIOLOGIQUE ; pour arriver à ce diagnostic, on recherchera les différentes causes susceptibles de la produire, en procédant dans l'ordre suivant :

a. *Causes générales :*

1° Chlorose et anémie. Cachexie ;
2° Hystérie ;
3° Rhumatisme et goutte ;
4° Paludisme ;
5° Syphilis ;
6° Intoxications (mercure, tabac, etc.).

b. *Causes locales :*

1° Action du froid ;
2° Myélite ou méningite spinale ;
3° Inflammation de la colonne vertébrale (ostéo-périostite) ou tumeur de la région, comprimant une ou plusieurs branches nerveuses, ou encore compression exercée par une cause extérieure (sciatique des personnes restant longtemps assises).
4° *Affections cardio-pulmonaires*, cause fréquente de névralgie intercostale ;
5° *Inflammation* ou *tumeur d'un organe quelconque* de l'abdomen, particulièrement de l'intestin ;
6° *Maladies génitales*. Les maladies du corps de l'utérus et des annexes retentissent plus volontiers sur les nerfs intercostaux, celles du col et du vagin sur les nerfs crural, obturateur ou sciatique.

Le retentissement douloureux, qui a pour origine le système génital, peut se faire sentir par voie réflexe non seulement sur les nerfs rachidiens, mais aussi dans le domaine du grand sympathique ; dans ce dernier cas l'action réflexe ne sort pas du domaine de ce système.

C'est ainsi que par le plexus solaire l'irritation nerveuse se transmet à l'estomac et à l'intestin, d'où la fréquence de la dyspepsie

stomacale et intestinale dans les maladies utérines. Un cercle réflexe analogue lie la vessie à l'appareil génital par l'intermédiaire du plexus hypogastrique, de telle sorte que, dans les génitopathies, la vessie peut être intéressée ou par compression directe de l'utérus ou par action réflexe.

C'est également par voie réflexe qu'on doit expliquer la *céphalalgie* symptomatique des affections utérines.

Enfin l'innervation de l'utérus nous explique la fréquence des douleurs dorso-inférieures, lombaires et sacrées, communément désignées par les femmes sous la dénomination de *douleur des reins*.

II

DYSPEPSIES

Dyspepsie (δυς difficilement, πεψις digestion) signifie digestion difficile.

Or les femmes qui digèrent mal sont nombreuses et le système génital est souvent la source de ces troubles digestifs, de telle sorte que le gynécologue doit être familiarisé avec eux.

La dyspepsie peut avoir pour origine le tube digestif même, ou prendre sa source en dehors de lui. Elle est dite *idiopathique* ou *protopathique* dans le premier cas; *sympathique, réflexe* ou *deutéropathique* dans le second.

a. — DYSPEPSIE IDIOPATHIQUE

Laissant de côté l'ulcère et le cancer du tube digestif, surtout fréquents au niveau de l'estomac, affections nettement définies, à symptomatologie nette et évoluant localement, les dyspepsies idiopathiques peuvent être divisées en quatre grandes classes :

1. *Alimentaires ;*
2. *Inflammatoires ;*
3. *Mécaniques ;*
4. *Névralgiques.*

1. — DYSPEPSIE ALIMENTAIRE

Dans le règne animal, chaque espèce a le système digestif adapté à une alimentation spéciale, les herbivores pour les végétaux, les carnivores pour la chair. L'espèce humaine étant omnivore, on pourrait supposer au premier abord que tout aliment doive lui convenir, or il existe à cet égard de grandes variations individuelles.

Telle personne en effet, volontiers désignée sous le nom de *bon estomac*, digère avec facilité tous les aliments ; telle autre, au contraire, ne peut supporter un ou plusieurs aliments ; volontairement ou involontairement contrainte à le manger, elle aura une indigestion.

Prenons un exemple : un jeune médecin[1] ne pouvait supporter la viande ; ayant été invité à dîner chez la mère d'un de ses camarades, il se força, pour ne point se faire remarquer, à manger de la viande. Le soir même il paya cette sorte de condescendance par une terrible indigestion.

Interrogeons, surtout à la ville où l'estomac est plus délicat, les personnes qui nous entourent, et, chez presque toutes, nous trouverons une aversion pour certains mets, due à la difficulté avec laquelle ils sont digérés.

Le tube digestif est, à cet égard, essentiellement capricieux, et le proverbe : « Il ne faut pas discuter des goûts et des couleurs » se trouve des plus exacts, quant à ce qui concerne l'alimentation.

Il serait difficile d'examiner toutes les faces pathogéniques de cette dyspepsie, car nous y trouverions de nombreux points d'interrogation.

Chez certaines personnes, les féculents sont mal digérés, parce que la salive est insuffisante comme quantité ou comme qualité, d'où le trouble digestif désigné sous le nom de *dyspepsie buccale*.

Chez d'autres personnes, le même trouble survient pour la digestion des albuminoïdes, par une insuffisance analogue de suc gastrique, *dyspepsie stomacale d'origine chimique*.

Quelquefois enfin ce sont les sécrétions de l'intestin lui-même ou des glandes qui y versent leurs produits (foie, pancréas), dont l'action est incomplète, donnant ainsi naissance à la *dyspepsie intestinale*.

[1] *Dict. Dechambre.* Art. *Dyspepsie*, p. 176.

En dehors des vomissements qui se produisent de temps en temps, la dyspepsie alimentaire est caractérisée par trois symptômes principaux :

Distension de l'estomac et de l'intestin ;
Coliques ;
Diarrhée.

Son caractère essentiel est de disparaître avec une alimentation convenable, alimentation que la malade, instruite par l'expérience, arrive le plus souvent à régler elle-même sans le secours du médecin.

2. — DYSPEPSIE INFLAMMATOIRE

Inflammation, c'est-à-dire catarrhe de l'estomac ou gastrite chronique, s'accompagnant souvent d'un état semblable de l'intestin.

C'est la dyspepsie des alcooliques (et on aurait tort de croire que les hommes en constituent l'unique contingent), la dyspepsie des nomades qui vont d'hôtel en hôtel, de restaurant en restaurant recherchant avant tout les mets épicés. L'alcool et les épices joints aux falsifications, dont tous les ingesta sont aujourd'hui victimes, irritent le tube digestif et après une période trompeuse de bien-être conduisent l'individu à la déchéance.

L'inflammation tue les éléments actifs du tube digestif et substitue la misère physiologique à l'état normal.

Les trois principaux symptômes de cette dyspepsie sont :

La douleur épigastrique et dorsale ;
Les régurgitations avec *pyrosis ;*
Les vomissements *pituiteux*.

En résumé : *douleur*, *pyrosis*, *pituite*.

Dans la dyspepsie alimentaire les symptômes étaient surtout accentués vers la terminaison du tube digestif, ici, au contraire, à sa partie initiale ou œsophagienne.

3. — DYSPEPSIE MÉCANIQUE

Cette dyspepsie nous intéresse ici particulièrement, car elle s'observe presque exclusivement chez les femmes.

Elle a fait beaucoup parler d'elle dans ces derniers temps sous le nom d'*entéroptose* (Glénard).

Le péritoine est le porte-manteau des organes abdominaux, il les fixe tous plus ou moins en arrière à la colonne vertébrale.

Qu'une cause quelconque amène l'affaiblissement et le relâchement du péritoine, immédiatement le désordre va succéder à l'ordre normal, les organes vont flotter à la dérive, et s'abaisser sous l'influence de la pesanteur, comme le feraient les vêtements dans une garde-robe, si on enlevait les patères qui les soutiennent.

Ces chutes d'organes sont désignées sous le nom de *ptoses;* suivant l'organe atteint, il y aura donc :

Gastroptose	Estomac.
Entéroptose	Intestin.
Hépatoptose	Foie.
Néphroptose	Reins.
Splénoptose	Rate.
Métroptose	Utérus.

Ces diverses ptoses sont rarement isolées, mais s'accompagnent le plus souvent les unes les autres en nombre variable.

Il en est un peu des organes de l'abdomen comme des membres d'un ministère; il est rare qu'un ministre tombe isolément, les autres restant en place; la plupart du temps, la dislocation atteint tous les membres du même cabinet.

La pathogénie des *splanchnoptoses* abdominales, bien étudiée par Glénard, n'est pas encore nettement établie. Cependant il est probable que ces déplacements presque exclusifs au sexe féminin se constituent de la façon suivante :

L'utérus puerpéral, en se développant dans un abdomen vierge jusque-là, amène une véritable dislocation de la paroi abdominale; il y a éclatement des différents éléments qui la constituent; les vergetures au niveau de la peau en sont une manifestation.

Affaiblissement et dislocation analogues du côté du diaphragme pelvien et du périnée, à la suite de l'accouchement, surtout s'il y a eu déchirure incomplète ou complète de la cloison recto-vaginale.

De telle sorte que les enveloppes de l'abdomen, affaiblies au niveau de la paroi abdominale et du périnée, n'offrent plus qu'un soutien incomplet aux organes qu'elles sont chargées de protéger et de maintenir.

Leur élasticité nécessaire au fonctionnement de la génération, c'est-à-dire à la puerpéralité et qui est un bienfait à cet égard, devient donc un danger pour leur fonctionnement ultérieur.

L'*éventration,* qui résulte de leur affaiblissement, livre les organes

de l'abdomen à l'action de la pesanteur, et le péritoine succombant sous le poids se distend petit à petit, entraîné par les organes, qu'avec une paroi abdominale physiologique et résistante, il avait peu de peine à maintenir.

Autrement dit :

1° Affaiblissement de la paroi abdominale et du diaphragme pelvien ;

2° Les organes abdominaux, n'étant plus soutenus que par le péritoine, s'abaissent sous l'influence de la pesanteur, si la résistance des liens péritonéaux est insuffisante ;

3° Conséquence : splanchnoptose.

Nous avons déjà étudié, comme nous intéressant plus directement, la métroptose sous la dénomination de prolapsus de l'utérus.

L'*entéroptose*, dont la production est favorisée chez la femme par l'usage et surtout l'abus du corset, se fait sentir sur le petit et le gros intestin.

La masse du petit intestin, entraînée par la pesanteur dans la direction du pelvis, tire sur le mésentère, qui par sa partie supérieure passe sur le duodénum (ligament suspenseur du mésentère), l'aplatit contre la colonne vertébrale et rétrécit son calibre normal, enfin, par la continuation du péritoine jusqu'au foie, ce dernier organe se trouve également attiré par l'entéroptose. Le principal résultat de la chute du petit intestin est la compression du duodénum au niveau de son abouchement dans le jéjunum, d'où gêne de la circulation des aliments à ce niveau et distension du duodénum près de l'estomac. La dilatation de l'estomac se trouve ainsi résulter de l'entéroptose, qui, d'ailleurs, ne doit être considérée que comme une de ses causes.

L'action de la pesanteur se fait également sentir sur le gros intestin et notamment sur le côlon transverse. Le coude droit du côlon étant relié au pylore, puis au foie par le péritoine (ligament pylori-colique et épiploon gastro-hépatique), la chute du côlon amène l'abaissement du pylore et aussi du foie. Le rein droit suit ce mouvement de descente. Aussi trouve-t-on associées d'habitude les coloptose, gastroptose, hépatoptose et néphroptose droite. Le tiraillement sur le pylore a pour effet de diminuer la perméabilité de la partie voisine du duodénum et de troubler la circulation des aliments à ce niveau. Le résultat au point de vue de la dilatation de l'estomac est le même que pour la chute du petit intestin.

Tels sont les effets principaux de l'entéroptose sur le petit et le gros intestin :

Gêne de la circulation[1] *duodénale ;*

Production de l'hépatoptose et de la néphrotose droite.

Il est encore d'autres effets que je ne puis signaler, n'ayant pas l'intention de présenter ici un tableau complet de l'entéroptose.

L'entéroptose gênant la circulation des aliments, qui sont arrêtés surtout au niveau de l'estomac, a pour conséquence la rétraction de l'intestin, et particulièrement du gros intestin, qu'on sent à la palpation sous forme d'un *véritable cordon*. D'autres angles peuvent se former en différents points de l'intestin et gêner le passage des matières fécales.

Les symptômes subjectifs de l'entéroptose sont :

Une faiblesse générale, parfois tellement accentuée que la malade est obligée à l'inaction ;

Des douleurs épigastriques avec flatulences, parfois des vomissements ;

L'irrégularité et l'insuffisance des selles.

Conséquences : phénomènes nerveux divers : insomnie — céphalalgie — mélancolie et irritabilité — palpitations — névralgies.

Symptômes objectifs.

Abdomen déprimé en bateau.

Battements épigastriques de l'aorte, « anévrysme des étudiants ». — La facilité avec laquelle on perçoit les battements de l'aorte est due à l'abaissement du côlon.

Corde colique transverse, large de 2 centimètres et demi environ, mobile de haut en bas ; mais en la poussant en haut le doigt ne tarde pas à la perdre. Indolente. Cette corde, qui n'est autre que le côlon transverse, est en général un peu au-dessus de l'ombilic, mais peut se trouver plus ou moins abaissée par la ptose de l'intestin.

Cordon iliaque gauche. — Corde analogue à la précédente, dessinant le trajet du côlon descendant et de l'S iliaque, parfois réduite au volume d'une plume d'oie.

Boudin cæcal déjeté en dedans. — Sensation de boudin de 4 à 5 centimètres de diamètre. A la pression, *crépitation*, *fin gar-*

[1] Circulation des aliments, d'où dilatation de l'estomac.

gouillement, contrastant avec la constipation. *Douleur* à la pression, parfois assez intense.

Cette douleur a été souvent, ainsi que le fait remarquer Glénard, la cause d'erreurs de diagnostic, le gynécologue la prenant pour de l'*ovarie*. Nombre de femmes ont subi la castration en pareil cas. On enlève l'ovaire qu'on regarde à tort comme la source de tous les symptômes douloureux accusés par la femme. L'opération reste d'ailleurs sans résultat.

Traitement. — Une triple médication doit être simultanément appliquée à l'entéroptose :

1. Massage.
2. Electricité.
3. Ceinture.

Le ceinture maintenant le petit intestin au niveau de l'hypogastre amène le plus souvent un soulagement immédiat, et, en même temps qu'elle répond au but thérapeutique, elle devra confirmer le diagnostic de l'entéroptose. (Epreuve de la ceinture.)

4. — DYSPEPSIE NÉVRALGIQUE

La dyspepsie névralgique est caractérisée par deux symptômes :

Une douleur intense au niveau de l'estomac, survenant sous forme de crises pendant la digestion ;

Des vomissements alimentaires d'intensité et de fréquence variables.

La dyspepsie névralgique ou gastralgique, qui n'est autre qu'une névralgie de l'estomac, ne diffère de la gastralgie simple qu'en ce que cette dernière se manifeste avant les repas, et, au contraire, la dyspepsie névralgique après les repas, pendant la durée de la réplétion stomacale.

B. — Dyspepsie deutéropathique.

La dyspepsie existe comme symptôme secondaire dans de nombreuses maladies; on pourrait même dire que, dans tout état pathologique, les fonctions digestives sont plus ou moins atteintes.

Toute affection fébrile diminue ou supprime l'appétit et amène des indigestions quand il y a ingestion d'aliments.

Les états généraux tels que l'arthritisme, le diabète, l'anémie,

l'intoxication (tabac, etc.), produisent aussi un état dyspeptique, dû le plus souvent aux altérations des sécrétions du tube digestif ou de ses glandes annexes.

Parmi les maladies localisées, susceptibles de causer la dyspepsie, surtout à forme névralgique, il convient de citer particulièrement l'ataxie (système nerveux), la tuberculose (poumon), l'albuminurie (rein), et enfin les affections génitales.

Toute affection génitale est capable de troubler la digestion, la plupart du temps en amenant de la dyspepsie gastralgique par action réflexe.

Je ne parle pas ici du prolapsus utérin, compagnon fréquent de l'entéroptose et qui rentre dans la catégorie des troubles mécaniques précédemment étudiés, mais des affections utérines sans déplacement. Parmi elles la métrite occupe, au point de vue dyspeptique, un rôle prépondérant.

La femme atteinte de métrite chronique digère mal, et si les crises douloureuses n'attirent pas l'attention du côté de l'estomac, l'amaigrissement progressif, souvent inexpliqué, conduit le médecin à une exploration attentive de tout l'organisme et assez souvent à la découverte d'une métrite à peine soupçonnée.

Toutes les fois qu'une femme maigrit sans cause nettement appréciable, examinez le système génital; souvent vous y trouverez la source des troubles nutritifs. Il y a là une sorte de dyspepsie latente, de cause également latente; l'état général éveille l'attention du médecin et l'examen génital éclaire la pathogénie.

L'endométrite, et surtout la métrite parenchymateuse, sont les affections qui sont la source la plus fréquente de troubles dyspeptiques sérieux. Je me contente de mentionner le cancer utérin, dont l'action sur l'économie est due moins à son siège génital qu'à sa nature même.

La dyspepsie intéresse le gynécologue à un double point de vue :

En premier lieu, elle peut mettre sur la piste d'une affection génitale ignorée.

En second lieu, quand elle existe simultanément avec une maladie génitale, il y a lieu de se demander si elle dépend de cette maladie, d'un autre état pathologique, ou encore si elle est idiopa-

thique. Les affections génitales ne produisent guère que la forme névralgique, ou encore cette forme latente qui amène l'amaigrissement sans douleurs. Si la dyspepsie revêt une autre forme (soit alimentaire, soit inflammatoire), il y aura donc lieu de supposer que le système génital ne peut être incriminé. D'autres maladies que celles du système génital pouvant produire la forme névralgique, l'examen attentif des organes voisins renseignera sur la coïncidence possible d'autres états pathologiques. Dans le cas où la source même de la dyspepsie est douteuse, l'épreuve thérapeutique sera seule susceptible de lever les incertitudes. Guérissez la maladie génitale; si la dyspepsie disparaît, la cause est trouvée, sinon traitez à son tour la maladie qui persiste, ou, en son absence, la dyspepsie même, qui était alors idiopathique.

Autrement dit, la dyspepsie d'origine génitale est de forme névralgique (à moins qu'il ne s'agisse de la forme latente ou simple amaigrissement), d'autres maladies peuvent également produire cette même forme. Commencez par guérir l'affection génitale, et si la dyspepsie persiste, traitez soit la maladie coïncidente, soit le tube digestif lui-même.

III

TUMEURS

Nous avons étudié la femme souffrant de son abdomen (Ire partie de ce chapitre), nous l'avons ensuite examinée dans ses manifestations dyspeptiques (IIe partie de ce chapitre); il nous reste à détailler la femme atteinte de tumeur abdominale, afin de savoir si cette tumeur dépend ou non du système génital.

Névralgie, dyspepsie, tumeur, tel est en effet le trépied pathologique de l'abdomen au point de vue gynécologique.

Les tumeurs susceptibles de se développer dans l'abdomen sont nombreuses; aussi dois-je me borner ici à leur simple esquisse; en indiquant les signes qui permettent de les distinguer des tumeurs génitales.

Au point de vue clinique, les tumeurs abdominales doivent être divisées en *petites* et *grosses;* la limite entre ces deux variétés étant environ le volume d'une tête d'adulte.

Les petites tumeurs sont susceptibles d'être localisées à une région précise de l'abdomen, d'où une facilité relative à reconnaître leur provenance; les volumineuses, au contraire, ont plus ou moins envahi tout l'abdomen, leur localisation devient impossible et leur diagnostic doit être établi sur des bases différentes.

Voici d'ailleurs le plan qui sera suivi dans l'étude très succincte de ces tumeurs :

A. *Petites tumeurs :*
1. Paroi abdominale.
2. Hypochondre droit (foie).
3. — gauche (rate).
4. Epigastre (estomac).
5. Ombilic (intestin grêle).
6. Flancs (reins).
7. Fosse iliaque droite (cœcum).
8. — gauche (S iliaque).
9. Hypogastre (vessie, utérus, rectum).

B. *Grosses tumeurs.*

A propos de chaque organe ou région de l'abdomen, je ferai précéder l'étude des tumeurs par celle des divers procédés d'exploration et des particularités qu'ils présentent.

A. — PETITES TUMEURS

1. — PAROI ABDOMINALE

a. Exploration. — L'inspection et la palpation sont ici les deux moyens maîtres du diagnostic.

L'*inspection* révèle la déformation de la paroi abdominale, déformation cessant brusquement aux limites de la tumeur, tandis que dans les tumeurs plus profondes, la paroi abdominale, soulevée comme un voile, estompe, pour ainsi dire, les bords du néoplasme dont les limites deviennent ainsi plus vagues.

La *palpation*, aidée de la percussion, permet de délimiter nettement les bords de la tumeur, d'en dessiner les contours et d'en déterminer la consistance. Si la tumeur est intra-abdominale, la paroi abdominale glisse à sa surface, ce qui n'a pas lieu lorsqu'elle est pariétale. De plus, dans le premier cas, les doigts ont parfois la sensation de frottement se faisant entre les deux feuillets péritonéaux.

b. Diagnostic des tumeurs.

La tumeur peut être *gazeuse, liquide* ou *solide.*

1° *Gazeuse :*

Emphysème survenant à la suite de la rupture traumatique d'anses intestinales. Crépitation caractéristique.

Hernie intestinale, tumeur sonore, ordinairement réductible, existant à l'ombilic, à l'orifice vaginal, au canal crural; les autres sièges sont exceptionnels.

2° *Liquide :*

Kystes séreux. — Tumeur remplie de sérosité siégeant entre le péritoine et la paroi musculaire, pouvant atteindre un volume assez considérable. — Tumeur indolente, arrondie, fluctuante ou élastique, transparente.

Les *kystes hydatiques* présentent une grande analogie avec les précédents, et n'en diffèrent que par le frémissement hydatique quand il existe, et par la présence de crochets dans le liquide extrait par la ponction. Le liquide de ces kystes est clair et citrin à l'état normal, opalescent avec des hydatides mortes, et purulent quand il y a des complications inflammatoires. Ces tumeurs peuvent parfois prendre un énorme accroissement et simuler un kyste de l'ovaire.

Les *tumeurs sanguines* sont de deux sortes, les unes constituées par des néoformations vasculaires : *nævi.* — les autres par l'épanchement de sang dans le tissu musculaire ou cellulaire : *kystes sanguins.* — Les nœvi sont congénitaux et augmentent progressivement ; les kystes sanguins surviennent à la suite d'un traumatisme ou d'une rupture musculaire.

Les *kystes purulents* sont produits par l'inflammation de kystes séreux ou sanguins, ou sont le résultat d'un phlegmon de la paroi abdominale.

3° *Solide :*

Hernie épiploïque, siégeant à l'un des orifices habituels à ces tumeurs (ombilic, canal inguinal, anneau crural). Ordinairement réductible.

La *gomme syphilitique* a les allures d'un phlegmon chronique : les antécédents de la malade et le traitement jugeront la nature de la tumeur.

Les *kystes sébacés* forment de petites tumeurs indolentes, à contenu pathognomonique.

Les trois variétés qui précèdent étant éliminées, nous arrivons aux tumeurs bénignes proprement dites : soit l'*adénôme*, le *fibrôme* et le *lipôme*.

L'*adénôme* siège à l'ombilic ; tumeur congénitale, pédiculée, formée aux dépens des débris du canal omphalo-mésentérique ; l'intestin en est donc l'origine.

Le *fibrôme* adhère habituellement aux muscles de la paroi abdominale, il est mobile dans le relâchement musculaire et fixe pendant la contraction. La tumeur a un développement lent, elle arrive à un moment donné au contact du péritoine et de la peau sans les envahir.

Le *lipôme* peut être sous-péritonéal, intra-musculaire ou sous-cutané ; cette dernière variété est la plus fréquente. Il siège en un point de la paroi abdominale, mais plus particulièrement au voisinage du canal vaginal ou de la ligne blanche, où il peut être pris pour une hernie. La palpation donne aussi à son niveau la sensation de fausse fluctuation, la ponction démontrera l'absence du liquide.

La tumeur maligne est ici comme en toute autre région le *cancer*, qui prend la forme tantôt d'épithélioma, tantôt celle de carcinôme. Elle peut être secondaire ou primitive. Caractères habituels du cancer.

Entre les tumeurs malignes et les bénignes se trouve le *sarcôme*, tumeur intermédiaire ou *bénigno-maligne*, bénigne à son début où elle prend les allures du fibrôme, maligne à une période plus avancée où elle se comporte comme le cancer. Souvent le sarcôme est pris au début pour un kyste à cause de la fausse fluctuation qu'il donne et que rectifie la ponction exploratrice.

2. — HYPOCHONDRE DROIT (Foie.)

a. Exploration. — Souvent l'inspection d'un abdomen découvert permet de deviner, à la voussure de l'hypochondre droit, ampiétant plus ou moins sur les régions voisines, une tumeur du foie.

A l'état normal, le bord du foie suit la limite du rebord costal ; quand, à la palpation, on sent le foie dépasser ce rebord, on peut conclure, soit à un abaissement de l'organe, soit à une tumeur. La percussion renseignera sur la limite supérieure ; on sait que le bord supérieur du foie se trouve au niveau du mamelon ou du bord supérieur de la sixième côte. — Cause d'erreur : épanchement pleural abondant du côté droit, abaissant le diaphragme et le foie.

Dans le cancer du foie on peut entendre un bruit de souffle se produisant dans les vaisseaux de la glande hépatique.

Les tumeurs du foie suivent les déplacements respiratoires du diaphragme. Parmi les tumeurs de l'abdomen, il n'y a guère que celles du foie et de la rate qui suivent les mouvements du diaphagme.

b. Diagnostic des tumeurs. — Les tumeurs du foie et des voies biliaires, sauf l'hydropisie de la vésicule biliaire qui peut prendre de grandes dimensions et que nous reverrons à propos des grosses tumeurs, forment des tumeurs de volume relativement petit, que l'exploration permet de rattacher facilement au foie, et qu'on ne saurait en conséquence confondre avec les tumeurs des organes génitaux.

Leur diagnostic ne présente donc pour le gynécologue qu'un intérêt secondaire, aussi je me contente de les énumérer ici sans insister sur leurs caractères cliniques.

Tumeurs liquides :

1° Kystes séreux simples ou hydatiques ;
2° Hydropisie de la vésicule biliaire ;
3° Abcès du foie ou de la vésicule biliaire.

Tumeurs solides :

1° Périhépatite ou péritonite périhépatique ;
2° Congestion active ou passive du foie ;
3° Hypertrophie simple (diabète) ou cirrhose hypertrophique ;
4° Dégénérescence graisseuse et amyloïde ;
5° Déplacement. Hépatoptose ;
5° Sarcôme. Cancer.

3. — HYPOCHONDRE GAUCHE (Rate.)

a. Exploration. — L'inspection, à moins d'une tumeur volumineuse, ne donnera aucun renseignement spécial.

La palpation n'aura accès jusqu'à la rate qu'avec une tumeur de volume notable, ou un déplacement de l'organe l'amenant au contact de la paroi antérieure de l'abdomen.

La rate s'étend dans l'hypochondre gauche de la neuvième à la onzième côte. Aussi la matité fournie par cet organe s'étend-elle le long de la ligne axillaire de la partie supérieure de la neuvième

côte à la partie inférieure de la onzième, dans une longueur de 8 centimètres environ. La matité est de 5 centimètres dans le sens antéro-postérieur ; cette matité, vu la profondeur de l'organe, n'est pas toujours facile à nettement déterminer.

Dans certains cas d'engorgement de la rate on a constaté un souffle splénique.

Les petites tumeurs de la rate pourront être facilement confondues avec celles du rein gauche et du grand cul-de-sac de l'estomac, diagnostic différentiel qui intéresse peu la gynécologie; il n'en est pas de même des tumeurs volumineuses qui peuvent simuler des kystes de l'ovaire ou des fibrômes utérins.

Les caractères de ces tumeurs volumineuses seront vus ultérieurement ; quant aux petites tumeurs, je me contenterai, comme pour le foie, d'en faire ici l'énumération.

Tumeurs liquides :

1° Kystes hydatiques ;
2° Abcès.

Tumeurs solides :

1° Périsplénite ou péritonite périsplénique ;
2° Congestion (fièvres intermittente et infectieuses) ;
3° Hypertrophie (paludisme, leucémie) ;
4° Dégénérescence amyloïde ;
5° Déplacement, splénoptose ;
6° Cancer.

Il a été dit que les petites tumeurs de la rate intéressaient peu le gynécologue, une exception doit être faite pour le déplacement de cet organe. La rate déplacée, qu'elle soit normale ou hypertrophiée, arrive parfois au voisinage des organes génitaux et simule soit une tumeur de l'ovaire, soit un fibrôme utérin. La mobilité de la tumeur qu'on peut remonter jusque dans la région splénique, la vacuité de l'hypochondre gauche, les variations de la tumeur sous l'influence de la quinine, constitueront les éléments du diagnostic différentiel.

4. — ÉPIGASTRE (Estomac.)

Exploration. — Une dilatation notable de l'estomac se traduit parfois par une voussure de la région épigastrique ; une tuméfaction circonscrite de la région est en rapport avec un cancer stomacal ; tou-

tefois il ne faut pas oublier que les tumeurs de l'estomac peuvent se rencontrer en différentes régions de l'abdomen et loin de l'épigastre.

La *palpation* donne des renseignements précis sur les tumeurs accessibles de l'estomac. Leube a proposé d'introduire une sonde dans cet organe ; le bout de l'instrument, senti à travers la paroi abdominale, permettrait de délimiter les contours de l'organe. Ce procédé d'exploration est dangereux.

On a essayé à l'aide de la percussion et après distension artificielle produite par l'ingestion de poudres effervescentes, de délimiter l'estomac, mais on n'est pas arrivé à des résultats précis à cause du voisinage du côlon transverse et du petit intestin.

L'auscultation donne des résultats intéressants pour le diagnostic de la dilatation de l'estomac ; en effet, le *clapotage* ou *bruit de flot*, provoqué par une impulsion brusque imprimée à la région correspondant à l'estomac, est pathognomonique de cette affection à la condition qu'il soit rencontré à jeun et qu'il siège au-dessous d'une ligne horizontale joignant l'ombilic aux cartilages costaux du côté gauche.

A l'aide d'instruments spéciaux (gastroscope), on a pu éclairer et voir l'intérieur de l'estomac ; les résultats fournis sont peu concluants.

b. Diagnostic des tumeurs. — Laissons de côté les abcès, les myômes, les kystes qui constituent des curiosités pathologiques, et enfin l'ulcère simple où il n'y a pas tumeur ; il nous reste comme tumeur de l'estomac :

La dilatation, qui peut être considérée comme une tumeur gazeuse ;

Le cancer ;

L'adénome ou pseudo-cancer qui, au point de vue clinique, diffère du cancer véritable par sa longue durée, par la présence dans les vomissements d'une quantité sensiblement normale d'acide chlorhydrique, enfin par le bon état de la nutrition.

Ces diverses affections n'intéressant que secondairement la gynécologie, je n'insiste pas.

Le cancer de l'estomac forme, il est vrai, une tumeur qui est rencontrée dans plusieurs points de l'abdomen, mais il est très exceptionnel qu'elle s'approche de la zone génitale, et elle ne saurait prêter à confusion avec une tumeur des organes pelviens.

5. — OMBILIC (Intestin. Péritoine.)

Avec la région ombilicale je m'occuperai de tout l'intestin, sauf le cœcum, l'S iliaque et le rectum, qui appartiennent à des régions spéciales ; le péritoine fera également partie de la description actuelle.

a. Exploration. — L'inspection donne d'importants renseignements : ventre déprimé en bateau ; ventre saillant, ballonné. Les anses intestinales distendues peuvent se dessiner sous la paroi abdominale.

La palpation renseigne sur le contour, le volume des tumeurs, sur leur consistance et permet souvent de sentir les frottements qu'on imprime aux feuillets péritonéaux altérés. Les tumeurs épiploïques sont en général multiples, et caractérisées par leur grande mobilité, ce qui les différencie des tumeurs du foie, des reins, du pancréas et des organes pelviens. Les tumeurs de l'intestin sont aussi très mobiles quand elles siègent sur l'intestin grêle, plus fixes au contraire quand elles dépendent du gros intestin. Par le fait même de la mobilité intestinale, les tumeurs du jéjuno-iléon se déplacent facilement dans le sens de la profondeur, aujourd'hui superficielles, le lendemain difficilement accessibles ; ce caractère clinique est des plus intéressants.

L'intestin est toujours sonore à la percussion, même quand il y a accumulation dans son intérieur d'une grande quantité de matières fécales ; dans ce cas, la percussion, pour être sonore, doit être exécutée avec force.

L'exploration intrumentale consiste — pour l'intestin dans le cathétérisme rectal, ou dans l'insufflation d'air ou d'un gaz dans le gros intestin, de manière à le rendre perceptible à la vue — pour le péritoine dans la ponction exploratrice destinée à renseigner sur la composition d'un épanchement.

b. Diagnostic des tumeurs.

Intestin. — Péritoine. — Pancréas. — Tumeurs fantômes.

1° L'*intestin* peut être distendu par du gaz d'où *tympanite*, ou être envahi par le *cancer*.

Tympanite. — Peau tendue, luisante, ventre sonore, la forme du ventre et la sonorité ne sont pas modifiées par les déplacements de la malade.

Cancer. — Le cancer siège par ordre de fréquence décroissante sur le rectum, l'S iliaque, le côlon, le cœcum, et enfin l'intestin grêle. Il se manifeste par une douleur locale d'intensité variable, de la constipation avec débâcles, du mélœna, par une tumeur de volume variable que le ballonnement du ventre rend parfois difficile à sentir. Il y a souvent rétrécissement intestinal, et, si le siège est le gros intestin, effilement des matières fécales.

2° Le *péritoine* (péritoine proprement dit, mésentère, épiploon, etc.) peut présenter les diverses altérations suivantes :

Inflammation { généralisée, localisée ;
Ascite { généralisée, localisée ;
Tympanite ;
Tuberculose ;
Kystes hydatiques ;
Lipôme ;
Lymphosarcôme et cancer ;
Corps libres intra-péritonéaux.

Inflammation généralisée (*Péritonite*). — Douleur étendue à tout l'abdomen. Météorisme, ballonnement du ventre. Frissons et fièvre. Hoquets et vomissements. Constipation.

Inflammation localisée (*Péritonite partielle*). — Ces inflammations partielles, quand elles ne sont pas traumatiques, ont le plus souvent comme point de départ l'inflammation même de l'organe abdominal protégé par cette partie de la séreuse (périhépatite, périnéphrite, périmétrite, etc.). — Douleur localisée. Tuméfaction locale arrivant à former une véritable tumeur. Tuméfaction en rapport avec l'intensité du processus. Terminaison par suppuration ou résolution.

Ascite. — Trois mécanismes de production ; soit un trouble de la circulation générale (cardiopathie) ; soit une perturbation dans la circulation de la veine porte (cirrhose du foie) ; soit une tumeur ou inflammation chronique du péritoine déterminant une exsudation séreuse. — Abdomen augmenté de volume ; flancs élargis et étalés ; matité au niveau des parties déclives, variant avec la position de la malade ; flot.

Hydropisie enkystée du péritoine. — Cette hydropisie peut se constituer soit dans un territoire du péritoine isolé par une inflammation, soit dans l'arrière-cavité de l'épiploon par suite de l'oblitération de l'hiatus de Winslow. — Tumeur plus ou moins arrondie, fixe ou peu mobile, fluctuante, mâte.

Tympanite. — La tympanite péritonéale, qu'il ne faut pas confondre avec l'intestinale, survient à la suite d'une péritonite traumatique et d'une perforation intestinale. Les gaz s'accumulent dans la cavité péritonéale. Les symptômes se confondent avec ceux de la péritonite concomitante.

Tuberculose. — Forme chronique; presque toutes les péritonites chroniques sont tuberculeuses ou cancéreuses. Dureté de l'abdomen, surtout à l'ombilic et à l'hypogastre; parfois tumeurs circonscrites dues à l'agglutination d'anses intestinales ou à l'envahissement de l'épiploon par le processus pathologique. Sensation de froissement aux points où les fausses membranes glissent les unes sur les autres. Fonctions digestives languissantes. Fièvre; transpirations nocturnes. Amaigrissement. Exceptionnellement cette maladie revêt une forme aiguë.

Kystes hydatiques. — Les kystes hydatiques se développent en un point quelconque de la cavité péritonéale, ordinairement dans le tissu cellulaire sous-péritonéal. Les symptômes seront ceux d'un kyste à fluctuation vague, parfois nulle, pouvant donner à la percussion la sensation de frémissement hydatique.

Lipôme. — Le lipôme peut exceptionnellement se développer dans le grand épiploon. Ces tumeurs étant très rares, inutiles d'insister à leur égard.

Lymphosarcôme et cancer. — Le *sarcôme* se localise d'habitude aux ganglions prœvertébraux de l'abdomen, et s'accompagne de leucémie. Le diagnostic en est très ardu à cause de la difficulté qu'on éprouve à explorer les tumeurs ganglionnaires.

Le *cancer* péritonéal, après une période latente, se manifeste par des douleurs abdominales, par une tumeur dure, mobile, douloureuse, d'ordinaire nettement circonscrite et de siège variable. Evolution rapide avec ou sans ascite, suivant les cas. Fréquemment coexistence du cancer d'autres organes abdominaux.

Corps libres intra-péritonéaux. — Une tumeur primitivement loca-

lisée dans un organe de l'abdomen, un myôme utérin par exemple, peut, après s'être pédiculée, se détacher par rupture du pédicule et vivre libre dans la cavité péritonéale. Ces tumeurs sont toujours d'un faible volume et n'offrent qu'un intérêt clinique secondaire.

3° Le *pancréas* peut être atteint d'inflammation, d'hypertrophie simple, de kystes et de cancer.

Les kystes et le cancer nous intéressent seuls ici.

Les kystes sont tantôt hydatiques, tantôt purulents, tantôt d'origine anévrysmatique et constitués par une rupture artérielle.

Ces diverses tumeurs du pancréas sont à peu près impossibles à diagnostiquer pendant la vie.

4° Par *tumeurs fantômes* on entend des pseudo ou fausses tumeurs, simulées chez les hystériques par la contraction ou la contracture de certains muscles abdominaux. Le chloroforme les fait disparaître et constitue le meilleur élément du diagnostic.

6. — FLANCS (Reins.)

a. Exploration. — Les tumeurs du rein, quand elles deviennent volumineuses, font saillie dans le flanc où l'inspection les laisse deviner. Elles respectent les hypochondres, qui sont distendus dans les tumeurs du foie et de la rate. Les tumeurs du rein, contrairement à celles du foie et de la rate, sont indépendantes des mouvements respiratoires.

La *percussion* ne donne à l'égard du rein que des résultats très vagues ; il n'en est pas de même de la *palpation* qui constitue ici le meilleur mode d'exploration. La palpation peut se faire, ainsi que l'a indiqué Glénard, avec une seule main embrassant le flanc, le pouce en avant, les autres doigts en arrière, mais il est préférable de la pratiquer avec les deux mains, situées l'une en avant et l'autre en arrière de l'organe à explorer. On arrive ainsi à sentir le rein quand il est augmenté de volume ou devenu le siège d'une tumeur, et on lui imprime des mouvements brusques qui se traduisent par une sensation de *ballottement*, pathognomonique d'une tumeur rénale de volume moyen ou petit, car les grosses tumeurs, immobilisant le rein, ne donnent pas lieu à ce phénomène.

Enfin le rein pourra être soumis à une exploration directe, soit à l'aide d'une ponction, soit par une incision faite en avant de l'abdo-

men (exploration transpéritonéale), soit en arrière dans la région lombaire comme pour la néphrectomie (exploration extra-péritonéale). Je rangerai encore ici le cathétérisme des uretères, qui donne des renseignements sur la sécrétion de l'organe; malheureusement ce cathétérisme est d'une exécution difficile.

b. Diagnostic des tumeurs. — Les tumeurs du rein et de la partie attenante des voies urinaires sont les unes liquides, les autres solides.

1° **Tumeurs liquides.** — *Kystes.* — Il en existe pour le rein deux variétés : les *séreux* et les *hydatiques*. Les caractères cliniques présentent beaucoup d'analogies. Tumeurs pouvant acquérir le volume du poing et même d'une tête d'enfant. Hématuries. Altération de la sécrétion rénale. Urémie. Le kyste hydatique a pour caractéristique la présence des crochets dans le liquide ponctionné, et le frémissement hydatique quand il existe. Les kystes purulents ne sont que la transformation inflammatoire des précédents.

Pyélonéphrite. — Quand avec une suppuration des bassinets et uretères, un obstacle, un calcul par exemple, s'oppose à l'écoulement de l'urine mélangée de pus, une tumeur se forme contiguë au rein (pyonéphrose), fluctuante et douloureuse. Cette tumeur est susceptible d'acquérir un certain volume, grâce à l'élasticité de son enveloppe. Si l'uretère redevient perméable, la poche se vide et la tumeur disparaît; certaines de ces tumeurs sont ainsi intermittentes.

Hydronéphrose. — L'hydronéphrose se forme par le même mécanisme que la précédente tumeur, sous l'influence d'un calcul, ou par la compression d'une tumeur de voisinage; elle n'en diffère que par le contenu qui n'est pas purulent, mais limpide et formé d'urine qui perd petit à petit ses éléments constitutifs, surtout l'urée. L'hydronéphrose est quelquefois double, il faut alors admettre que les uretères, ou au moins l'un des deux, n'est pas complètement imperméable, sans quoi la malade succomberait promptement. A la palpation, tumeur bosselée, ballottement rénal. En comprimant la tumeur, on provoque parfois le besoin d'uriner.

Abcès rénal et périrénal. — Les abcès du rein sont rares, leur symptomatologie présente d'ailleurs beaucoup d'analogie avec ceux

qui se forment autour du rein, lesquels sont par contre fréquents. Le phlegmon périnéphrétique, origine de l'abcès en question, se manifeste par de la douleur et de la tuméfaction au niveau de la région lombaire, souvent accompagnée d'œdème local. Après un temps plus ou moins long, survient de la fluctuation. La marche ultérieure est celle des abcès.

2° **Tumeurs solides.** — *Néphroptose.* — La néphroptose a deux degrés : dans le premier le rein est simplement *mobile*, mais ne quitte pas sa région habituelle, le flanc ; dans le second, le rein devient *flottant* et peut errer en un point quelconque de la région sous-ombilicale de l'abdomen. Le rein mobile se reconnaît à la palpation ; il fuit entre les doigts qui l'explorent. Le rein flottant se diagnostique aussi par la palpation, car sa forme caractéristique ne le laisse pas confondre avec une autre tumeur, enfin sa mobilité, permettant de le replacer, indique la nature même de l'organe [1].

Hypertrophie du rein. — Cette hypertrophie accompagne soit la congestion, soit la néphrite parenchymateuse. Elle se manifeste à la palpation par de l'augmentation de volume de l'organe et souvent par de la douleur à la pression.

Sarcôme et carcinôme du rein. — Le carcinôme rénal offre deux symptômes principaux : *hématurie* et *tumeur*. La tumeur est tardive, douloureuse; elle est tantôt dure, tantôt mollasse et présente alors une fausse fluctuation ; elle est parfois le siège de battements

[1] Le Dr Le Gendre (*Concours médical*, 1891, p. 7) cite les deux cas suivants, intéressants comme diagnostic :

« Une dame avait un fibrôme utérin pédiculé dans la partie gauche de l'abdomen ; le médecin qui la soigne l'été, et moi, nous l'avions constaté maintes fois. Après quelques mois d'absence, elle revint, me disant de la part du confrère qu'un nouveau fibrôme était apparu, cette fois du côté droit, et que celui-là, contrairement au premier qui ne l'avait jamais incommodée, la faisait quelquefois souffrir ; elle songeait presque à réclamer une intervention chirurgicale. Une exploration minutieuse me permit de démontrer que le dernier prétendu fibrôme était le rein droit, qui s'était mobilisé sous la quadruple influence d'une dilatation gastrique, du corset, de l'amaigrissement et de l'équitation.

« Dans un cas de Mundé (*New-York med. J.*, 1888), l'ectopie rénale a fait croire à une lésion des annexes de l'utérus et c'est seulement après la laparotomie que le diagnostic a pu être posé. C'était dans la région de l'ovaire gauche qu'existaient des douleurs vives ; on trouvait là une tumeur qui fut diagnostiquée par plusieurs médecins : salpingo-ovarite avec adhérences. Quand le chirurgien, ayant fait la laparotomie, eut énucléé, avec beaucoup de difficulté, la masse entourée d'exsudats péritonitiques, il découvrit qu'il tenait dans la main le rein gauche. Sa consternation fut telle qu'il songea à remettre l'organe en place, mais la décortication était trop complète ; il lia le pédicule pour arrêter une abondante hémorrhagie. L'opérée guérit ; l'examen histologique du rein ne révéla aucune lésion. »

analogues à ceux d'un anévrysme. Les symptômes du sarcôme diffèrent peu de ceux du carcinôme ; le seul caractère notable est la douleur moindre.

7. — FOSSE ILIAQUE DROITE (Cœcum.)

a. Exploration. — Les moyens d'exploration applicables à cette région sont l'inspection, qui révèle les déformations amenées par une tumeur, la palpation qui renseigne sur le contour et la consistance de la tumeur, la percussion, grâce à laquelle on perçoit la sonorité ou la matité ; je me contente de mentionner la ponction et l'incision exploratrices.

b. Diagnostic des tumeurs. — Le cœcum est l'organe qui accapare presque toute la fosse iliaque droite, or les tumeurs qui se développent dans cette région peuvent siéger dans l'intérieur de cette partie de l'intestin, dans sa paroi ou autour de lui ; donc trois variétés de tumeurs, intra-pariétale, pariétale, extra-pariétale.

1° **Tumeurs intra-pariétales.** — L'accumulation de matières fécales dans l'intérieur du cœcum constitue une tumeur stercorale.

La tumeur ainsi formée est nettement isolée, cylindrique, assez mobile, modifiable par la pression et le massage ; parfois elle atteint une dureté pierreuse. La constipation est la règle ; cependant il peut y avoir de la diarrhée, les matières étant accumulées dans le cœcum au-dessous de l'embouchure de l'iléon. Ces tumeurs sont quelquefois prises pour des cancers.

2° **Tumeurs pariétales.** — L'*inflammation* du cœcum ou typhlite survient d'ordinaire à la suite d'une constipation opiniâtre, les matières fécales par leur dureté et leur séjour prolongé causant un véritable traumatisme local.

La tumeur constituée par la typhlite est analogue à celle produite par l'accumulation des matières fécales, avec la douleur et les symptômes d'inflammation locale en plus ; d'ailleurs, ces deux états pathologiques s'accompagnent le plus souvent. La périty phlite, c'est-à-dire l'inflammation du tissu cellulaire et du péritoine qui entourent le cœcum, complique volontiers les typhlites et en est la conséquence.

L'*invagination*, qui est constituée par la pénétration de l'intestin dans lui-même, peut à la région qui nous occupe avoir lieu à l'union

du petit et du gros intestin ou à l'union du cœcum et du côlon ascendant, il en résulte une tumeur locale avec symptômes d'*occlusion intestinale* qui dominent la scène.

Le *cancer* se manifeste au début avec les allures d'un typhlite à marche chronique ; l'aggravation progressive et l'envahissement des ganglions inguinaux conduisent ultérieurement au diagnostic.

3° **Tumeurs extra-pariétales.** — Des *fibrômes* et *sarcômes* se développent quelquefois dans la région de la fosse iliaque, siégeant le plus souvent au niveau ou au voisinage de l'épine iliaque antérieure et supérieure. Il existe également des *ostéochondromes* ayant pour point de départ l'os iliaque.

Parmi les affections fréquentes de la région, il convient de mentionner le phlegmon, qui est tantôt *sous-péritonéal* et se développe dans le tissu cellulaire situé au contact du cœcum, tantôt *sous-aponévrotique* et se confond alors avec la psoïtis. Ces deux affections inflammatoires, voisines du ligament large, ne sauraient cependant être confondues avec le phlegmon périutérin, le siège même de la tumeur inflammatoire est absolument distinct dans les deux cas. On voit cependant des phlegmons se transmettre par propagation du ligament large au tissu cellulaire de la fosse iliaque. Il peut exister aussi une adénite de la fosse iliaque, distincte du phlegmon de la même région.

8. — FOSSE ILIAQUE GAUCHE (S iliaque.)

L'S iliaque joue dans la fosse iliaque gauche un rôle identique à celui du cœcum dans la fosse iliaque droite. La pathologie de l'un ou de l'autre côté ne présente que de faibles différences, aussi je renvoie pour la fosse iliaque gauche à ce qui a été dis à propos de la droite.

9. — HYPOGASTRE

L'hypogastre, dont le pelvis peut être considéré comme une dépendance, protège comme viscères :

La vessie ;
L'utérus et ses annexes ;
Le rectum.

Les tumeurs de ces différentes organes ont été étudiées dans

d'autres chapitres de ce livre (voir p. 399, 537 et 573), je me contente de les rappeler :

Vessie.
- Premier groupe : 1° papillômes lisses et villeux; 2° myxômes; 3° fibrômes; 4° myômes.
- Second groupe : 1° épithéliômes; 2° carcinômes; 3° sarcômes.

Utérus et annexes :
- Fibrômes, Sarcômes, Cancer. } Utérus.
- Kystes, Tumeur maligne, } de l'ovaire et du ligament large.
- Hémato-, Hydro-, Pyo- } salpingite.

Rectum.
- Hémorrhoïdes.
- Végétations.
- Condylômes et syphilides.
- Polypes.
- Prolapsus.
- Cancer.

B. — GROSSES TUMEURS

Dans la première partie de cet exposé, nous avons vu les tumeurs dont le volume ne dépasse pas celui d'une tête d'adulte et qui peuvent être localisées en une région précise de l'abdomen, localisation qui en facilite le diagnostic, j'arrive maintenant aux tumeurs dont le volume est supérieur à celui d'une tête d'adulte. Celles des organes génitaux (fibrômes utérins, kystes et tumeurs malignes de l'ovaire) nous sont connues, car elles ont été étudiées au chapitre IX, aussi je me bornerai ici à établir le diagnostic différentiel avec les tumeurs qui peuvent les simuler et induire en erreur dans leur diagnostic.

Je procéderai au diagnostic des grosses tumeurs abdominales en me conformant au plan que voici :

I. Pseudo-tumeurs :
1. Péritonite.
2. Tympanisme.
3. Ascite.
4. Adiposité.
5. Tumeurs fantômes.

II. Tumeurs vraies :

Eliminées. { Rétention d'urine. Grossesse.

a. Tumeurs génitales :
1. Grossesse extra-utérine.
2. Fibromes utérins.
3. Kyste de l'ovaire et de parovarium.
4. Tumeurs malignes de l'ovaire.

b. Tumeurs rénales :
1. Rein : hydronéphrose.
2. Rein : hydronéphrose de la vessie et kystes hydatiques.
3. Rein : kyste rénal.
4. Rein : tumeurs.

c. Tumeurs intestinales :
1. Paroi abdominale : kystes hydatiques.
2. Péritoine : kystes hydatiques.
3. — péritonite partielle.
4. — hydropisie enkystée.

I — PSEUDO-TUMEURS

L'exploration sous ce titre les divers états pathologiques qui, augmentant le volume de l'abdomen, peuvent simuler une tumeur de cette cavité.

1. Péritonite.

Aiguë. — Douleurs abdominales vives. Nausées et vomissements. Tension uniforme de l'abdomen, douloureuse spontanément et à la pression. — Fièvre. — Etat général grave.

Chronique. — Le plus souvent de nature tuberculeuse ou cancéreuse. Douleurs abdominales sourdes, alternatives de constipations et de diarrhée. Météorisme et ascite; empâtement de l'abdomen, parfois bosselé de proéminences à surfaces inégales, telles que l'ombilic ou l'hypogastre. — Fièvre et cachexie.

2. Tympanisme. — Distension de l'intestin par des gaz. — Sonorité généralisée à la percussion.

3. Ascite. — Accumulation de sérosité dans la cavité péritonéale. — Matité dans les régions déclives de l'abdomen, s'avançant à une ligne horizontale (fig. 432-433, p. 399) et se déplaçant avec les changements de position de la malade. — Sonorité de ton à la percussion.

4. Adiposité. — Chez les personnes obèses la paroi abdominale et l'épiploon sont parfois infiltrés d'une telle quantité de graisse qu'on peut soupçonner à tort l'existence d'une tumeur abdominale, et

lorsque cette tumeur existe, on est considérablement gêné pour en pratiquer l'exploration. La palpation attentive, pratiquée au besoin sous l'anesthésie, et ne laissant percevoir les contours d'aucune tumeur, conduira au diagnostic de l'adipose.

5° **Tumeurs fantômes.** — Il a déjà été question des tumeurs fantômes, erreur causée par la contracture hystérique des muscles abdominaux. Le chloroforme dissipe tous les doutes.

II. — TUMEURS VRAIES

Toutes les fois qu'on doit procéder au diagnostic d'une tumeur abdominale il ne faut pas omettre de penser tout d'abord à la *rétention d'urine* et à la *grossesse*.

La rétention d'urine se juge par le cathétérisme.

La grossesse, quand elle est assez avancée, se reconnait aux signes de certitude :

Ballottement abdominal;
Sensation des mouvements fœtaux;
Bruits du cœur du fœtus;
Audition des mouvements fœtaux;
Ballottement vaginal;
Sensation directe d'une partie fœtale ou de l'œuf.

Dans les premiers temps, le diagnostic, n'étant éclairé par aucun signe de certitude, peut être difficile. La suppression des règles, les phénomènes sympathiques, la consistance du corps de l'utérus, donneront, en général, une probabilité assez grande: en cas de doute, l'expectation est d'un heureux secours, la grossesse avec le temps devenant de plus en plus nette.

La rétention d'urine et la grossesse étant éliminées, les grosses tumeurs de l'abdomen peuvent être divisées, au point de vue du diagnostic, en trois catégories :

Les *ascendantes*, qui, partant d'un des organes du petit bassin, montent petit à petit dans la cavité abdominale dans la direction du diaphragme;

Les *descendantes*, dont le point de départ est un des organes voisins du diaphragme : foie, reins, rate, pancréas et dont l'évolution se fait en sens contraire.

Enfin les *stationnaires*, qui, nées vers la partie moyenne de l'abdo-

men, se développent sur place, envahissant tout autour d'elles la cavité abdominale.

Etudions en détail chacune de ces variétés.

a. TUMEURS ASCENDANTES

1° *Grossesse extra-utérine.* — La grossesse extra-utérine ne pourra donner le change avec une volumineuse tumeur de l'abdomen que dans la deuxième moitié de son évolution, alors que les signes de certitude de la grossesse ont paru. La gestation est alors facile à reconnaître; la question est de savoir si elle est intra ou extra-utérine. Je renvoie à cet égard au chapitre de la grossesse ectopique (chap. VIII).

2° *Fibrômes utérins.* — Voir au chapitre IX, les signes caractéristiques de ces tumeurs, soit simples, soit kystiques.

3° *Kystes de l'ovaire et du parovarium.* — Ces tumeurs ont été étudiées au chapitre IX.

4° *Tumeurs malignes de l'ovaire.* — Voir également le chapitre IX.

b. TUMEURS DESCENDANTES

1° Reins : *Hydronéphrose.* — Tumeur tantôt unilatérale, tantôt bilatérale, s'établissant progressivement, parfois avec des intermittences, coïncidant avec des accès de polyurie. L'hydronéphrose, quand elle est volumineuse, pourrait surtout être confondue avec un kyste de l'ovaire, les éléments du diagnostic différentiel sont les suivants :

KYSTE DE L'OVAIRE	HYDRONÉPHROSE
Tumeur ascendante dans son évolution.	Tumeur descendante.
Accroissement ordinairement progressif.	Accroissement parfois intermittent.
Accessible par le toucher vagino-rectal et déviant l'utérus.	Ordinairement inaccessible par le toucher vagino-rectal.
Ponction : liquide ne contenant aucun des éléments de l'urine.	Liquide contenant parfois les éléments de l'urine.
Matité (fig. 492).	Matité (fig. 493).

Dernière ressource : laparotomie exploratrice.

2° Foie : *Hydropisie de la vésicule biliaire. Kystes hydatiques.* — L'hydropisie de la vésicule biliaire peut exceptionnellement prendre un volume tel qu'elle occupe la plus grande partie de l'abdomen.

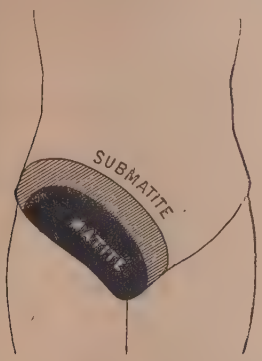


Fig. 492. — Matité du kyste de l'ovaire.

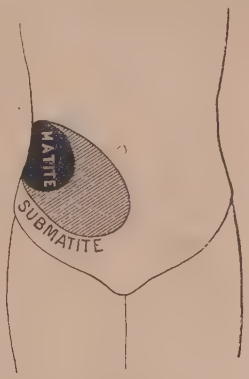


Fig. 493. — Matité de l'hydronéphrose.

Le diagnostic, en pareil cas, devient embarrassant avec un kyste de l'ovaire.

Voici les principaux signes différentiels :

KYSTE DE L'OVAIRE	HYDROPISIE DE LA VÉSICULE BILIAIRE
Tumeur ascendante.	Tumeur descendante.
Tumeur adhérente aux organes génitaux.	Tumeur adhérente au foie.
Pas de variation à la pression.	Parfois, à la pression, on peut déterminer un écoulement de bile dans l'intestin et diminuer le volume de la tumeur.
Matité ayant son maximum vers la région pelvienne.	Matité ayant son maximum vers la région hépatique.
Ponction : liquide ne contenant aucun des éléments de la bile.	Liquide contenant les éléments de la bile.

Ressource ultime : ponction exploratrice.

Les *kystes hydatiques du foie* pourraient exceptionnellement être confondus avec une tumeur pelvienne, mais la tumeur sera le plus souvent nettement rattachée au foie.

3° Rate : *Hypertrophie et kystes hydatiques.* — L'*hypertrophie* de la rate devient parfois considérable ; Thornton[1] en a cité un exemple

[1] Virchow. *Jahrb*, 1886, t. II, p. 426.

où la tumeur allait du rebord des fausses côtes au bassin, et dont le diagnostic ne put se faire qu'après laparotomie. La tumeur constituée en pareil cas par la rate est dure, égale, lisse, et présente un bord tranchant qui est en quelque sorte pathognomonique. Les causes habituelles de cette hypertrophie sont la leucémie (que l'hypertrophie soit la cause ou l'effet de cet état) et la malaria.

Un volumineux kyste hydatique de la rate en imposera exceptionnellement pour un kyste ovarien.

4° Pancréas : *Kystes*. — Les kystes du pancréas peuvent être hydatiques ou simples. Ces derniers, ordinairement produits par la rupture d'un anévrysme intra-glandulaire, arrivent parfois à un volume considérable; Bozemann [1] en a publié un cas où le poids était de 20 livres et demi. La rareté de ces tumeurs me dispense d'insister sur le diagnostic différentiel.

c. TUMEURS STATIONNAIRES

1° Paroi abdominale : *Kystes hydatiques*. — Le diagnostic avec un kyste de l'ovaire peut devenir délicat. L'intégrité des organes génitaux, la déformation même de la paroi abdominale, mettront sur la voie du diagnostic.

2° Péritoine : *Kystes hydatiques*. — Les kystes hydatiques sont susceptibles de se développer en tous les points du corps, dans le péritoine comme en toute autre région. L'analogie est grande avec un kyste multiloculaire de l'ovaire. Toutefois le kyste hydatique n'est pas ascendant comme l'ovarique, les bosselures sont plus accentuées et parfois on sent le frémissement hydatique. Dans les cas douteux, la ponction ou l'incision exploratrice lèveront seules les doutes.

3° *Péritonite partielle*. — Une péritonite partielle, réunissant un paquet d'anses intestinales et formant une tumeur plus ou moins volumineuse, pourrait faire croire à une tumeur d'origine génitale, si les antécédents de la maladie, la douleur locale, la fièvre, l'intégrité des organes génitaux ne venaient le plus souvent lever les doutes.

4° *Hydropisie enkystée du péritoine*. — L'hydropisie enkystée du péritoine est observée en deux circonstances différentes, tantôt

[1] *Med. Record*, janvier 1882.

à la suite d'une péritonite partielle dont elle devient une complication, tantôt après oblitération de l'hiatus de Winslow, la sérosité s'accumulant dans l'arrière-cavité des épiploons. Dans le premier cas, l'aspect clinique diffère peu de celui d'une péritonite partielle; dans le second, la tumeur est médiane, et occupe surtout la région de l'ombilic; il y a de la sonorité au-dessus du pubis. Les organes du bassin sont indemnes.

CHAPITRE XIII

EMMÉNOLOGIE

SOMMAIRE

I. *Menstruation normale.*

1. Description de la menstruation. { Ecoulement de sang. / Modifications locales et générales.
2. Théories de la menstruation.
3. Evolution de la menstruation. { Puberté. / Période génitale. / Ménopause. / Irrégularités.
4. Hygiène menstruelle.

II. *Aménorrhée.*

1. Description et variétés.
   Règles supplémentaires.
2. Etiologie.
   1. Causes génitales.
   2. — organiques non génitales.
   3. — nerveuses.
   4. — extérieures.
   5. — introuvables.
3. Valeur séméiologique.
4. Traitement.

III. *Métrorrhagie.*

1. Description et variétés.
2. Etiologie.
   1. Causes génitales.
   2. — organiques non génitales.
   3. — nerveuses.
   4. — extérieures.
   5. — introuvables.
3. Valeur séméiologique.
4. Traitement.
   1. Etiologique.
   2. Symptomatique.

IV. *Dysménorrhée.*

1. Définition, nature, variétés.
2. Description symptomatique.
3. Etiologie.
   a. Causes génitales.
   b. — nerveuses.
4. Traitement.
   a. Dysménorrhée d'origine génitale.
   b. — — nerveuse.

V. *Synthèse des troubles menstruels.*

EMMÉNOLOGIE

I

MENSTRUATION NORMALE

Pendant quelques jours, la femme adulte perd tous les mois par la vulve une certaine quantité de sang. — Ce phénomène, désigné sous le nom ordinaire de *règles*, de *périodes*, est connu scientifiquement sous celui de *menstruation*.

L'emménologie[1] est la science de la menstruation à l'état normal et pathologique ; le chapitre actuel est entièrement consacré à son étude.

La quantité de sang perdue à chaque époque menstruelle est difficile à apprécier; on l'a évaluée à 250 grammes comme minimum et 500 grammes comme maximum. Les femmes incommodées par cet écoulement ont l'habitude, suivant leur expression, de *se garnir*, garniture constituée par une serviette, maintenue en avant et en arrière par un lien entourant l'abdomen. Or, pour en revenir à la quantité de sang perdue, il suffit de savoir en pratique qu'une serviette suffit à recueillir tout le sang perdu pendant une journée ; quand plus d'une serviette est nécessaire par jour, on peut considérer la quantité de sang comme pathologique.

Le sang s'écoule liquide; quelquefois, quand il séjourne dans le vagin, il se coagule; l'émission de caillots, qui effraye à tort certaines personnes, n'a aucune signification pathologique, cependant leur existence doit faire penser à l'existence possible d'une fausse couche, sans en impliquer la réalité.

La couleur est celle du sang normal, mais pâle au début et à la fin de la menstruation.

[1] Εμμηνα, menstrues, et λογος.

La durée est variable, depuis quelques heures jusqu'à dix et même quinze jours; la moyenne est de trois à six jours. D'une statistique de 250 cas[1] j'ai tiré les moyennes suivantes :

Durée de 3 à 6 jours inclusivement.	71 p. 100
— moins de 3 jours	12 p. 100
— plus de 6 jours.	11 p. 100
— variable	6 p. 100

Dans cette dernière catégorie, je comprends les femmes chez lesquelles les règles durent tantôt deux, tantôt quatre, tantôt six jours, etc.

La *périodicité* de la menstruation présente aussi des variations importantes.

Certaines femmes sont réglées tous les quinze jours, d'autres toutes les six semaines. La même statistique m'a donné les résultats suivants, conformes aux données généralement admises :

Règles tous les mois solaires (30 à 31 jours)	50 p. 100
— lunaires (28 jours) . .	14 p. 100
Règles irrégulières.	26 p. 100
Cas divers	10 p. 100

La menstruation modifie momentanément le système génital et agit aussi sur l'organisme en entier.

Les ovaires congestionnés sont augmentés de volume et plus sensibles qu'à l'état normal. L'utérus, comme tout l'appareil génital, est le siège d'une vive congestion qui le grossit et le ramollit. On n'est pas d'accord sur les modifications subies par la muqueuse utérine.

John Williams croit à sa chute complète au moment des règles; Léopold à la chute seule de l'épithélium; de Sinéty pense qu'elle reste intacte. Ces trois opinions, nettement tranchées, s'appuient sur des faits scrupuleusement observés; il est donc vraisemblable que les modifications menstruelles de la muqueuse utérine varient avec les femmes, les unes donnant raison à l'opinion radicale de John Williams, les autres à l'opinion conservatrice de de Sinéty, et les troisièmes enfin à l'opinion intermédiaire de Léopold.

La provenance du sang menstruel a été aussi l'objet de controverses, importantes à l'époque où les savants se passionnaient pour ces discussions théoriques, reconnues aujourd'hui inutiles et oiseuses;

[1] *Travaux d'obstétrique*, t. III, p. 520.

le sang provient vraisemblablement de la surface utérine, de celle des trompes, un peu de l'ovaire, exceptionnellement de la surface vaginale. Il s'échappe de la surface génitale soit par suintement, soit par une série de petites crevasses résultant de l'éclatement produit par la congestion même, un peu comme la congestion céphalique produit l'épistaxis.

A côté des modifications locales, il est intéressant de noter les éloignées.

L'appétit est souvent diminué, parfois capricieux, sorte d'ébauche de ce qu'on observe pendant la grossesse.

Le système nerveux est particulièrement atteint ; la femme, pendant les règles, se montre plus impressionnable, plus irritable. Elle devient sujette aux névralgies, aux migraines ; certaines femmes ont ainsi leur migraine mensuelle.

Les seins sont gonflés, tendus ; le corset est mieux rempli.

Gonflement analogue du corps thyroïde. — Cercle bleuâtre périoculaire, yeux cernés. — Herpès labial révélateur.

Bien que la *théorie* ne nous intéresse que d'une façon secondaire, je serais incomplet si je n'abordais ici celle de la menstruation, qui, d'ailleurs, est nécessaire à connaître pour l'étude des règles pathologiques ; dans cette théorie, il y a deux périodes absolument distinctes à considérer : dans la première, on ne connaît pas encore l'ovulation ; dans la seconde, au contraire, les phénomènes de l'ovulation sont nettement établis.

Première période. — Les anciens s'expliquaient fort mal la menstruation. Ces quelques passages que j'emprunte à Mauriceau en font foi :

« Le sang menstruel est ainsi appelé à cause qu'il s'évacue périodiquement tous les mois, si la femme n'est pas grosse ou nourrice, et qu'elle soit d'âge convenable et en bonne santé. Les menstrues sont encore appelées les purgations de la femme, parce que toute l'habitude de son corps est purgée par leur moyen de la superfluité du sang. Elles se nomment aussi les fleurs des femmes, à cause qu'à l'exemple des arbres, qui ne portent point de fruits s'ils ne sont précédés de fleurs, la femme ordinairement ne devient pas grosse d'enfant devant que d'avoir eu ses fleurs... »

« Pour la nature de ce sang, plusieurs auteurs, qui ont suivi

Pline, disent, après lui, « qu'il n'y a rien de plus monstrueux que ce sang, puisque, par sa vapeur ou par son seul attouchement, les vins nouveaux s'aigrissent, les semences deviennent stériles, les greffes des arbres meurent et les fruits en tombent tout desséchés, les jeunes plantes en sont brûlées, la glace des miroirs se ternit à leur seul aspect, le tranchant du fer en est émoussé, la beauté de l'ivoire effacée, les abeilles en meurent, le cuivre et le fer s'enrouillent aussitôt, l'air en est infecté et les chiens qui en goûtent enragent... »

« La dispute n'est pas moindre touchant la cause de l'évacuation périodique des menstrues, qui touchent à la nature de ce sang et aux voies par lesquelles il s'écoule. Les uns, avec Aristote, l'attribuent à la lune, qui a grande domination sur les corps humides, comme est celui de la femme, que l'on dit en raillant être lunatique à cause de cela. C'est ce qui a fait donner crédit à ces vers :

Luna vetus vetulas, juvenes nova luna
Repurgat.

« D'autres, qui sont du sentiment de Galien, rapportent cela au tempérament froid et à la vie sédentaire de la femme, laquelle ne pouvant consumer pour sa nourriture tout le sang qu'elle engendre, il arrive qu'étant en trop grande abondance, la nature l'en décharge de temps en temps sur les parties génitales de la femme, qui sont les parties les plus faibles de son corps. Et d'autres veulent que la principale cause de cette évacuation soit une certaine fermentation qui se fait dans toute la masse du sang, laquelle, jointe à son abondance, le fait sortir par les voies les plus disposées à le laisser écouler, comme font celles de la matrice, ainsi que nous voyons que fait le vin nouveau, qui, dans le temps de sa fermentation, vient à se faire passage et à sortir par les plus faibles endroits du tonneau qui le contient. »

« ... Ces menstrues sont principalement destinées de la nature pour servir de matière à la génération de l'enfant et à sa nourriture quand il est au ventre de la mère, et par accident à repurger toute l'habitude du corps de la femme de la superfluité du sang en d'autres temps... »

Ces opinions bizarres montrent quelle singulière idée on se faisait de la menstruation avant la découverte de l'ovulation. Avec l'ovulation, nous entrons dans une ère réellement scientifique.

Deuxième période. — En 1827, de Baer découvre l'ovule. Jusqu'à cette époque et depuis le XVIIe siècle, on ne connaissait que la vésicule de de Graaf, sans savoir ce qui se trouvait dans son intérieur.

En 1837, Coste avance qu'à l'époque du rut chez les mammifères, les œufs tombent spontanément de l'ovaire. C'est la première ébauche de la théorie de l'ovulation spontanée, c'est-à-dire de l'ovulation sans fécondation préalable.

En 1838, Raciborski émet l'opinion que cette ovulation spontanée peut s'observer chez la femme sans être un phénomène constant.

En 1839, Gendrin montre que l'ovulation spontanée est constante chez la femme ; il admet la subordination du flux menstruel à l'ovulation.

En 1840, Négrier (d'Angers) soutient la même opinion qu'il professait d'ailleurs dans ses cours depuis plusieurs années. De telle sorte que, si la priorité de publication de cette nouvelle théorie appartient à Gendrin, c'est au contraire à Négrier que reviendrait la priorité réelle.

Il est d'ailleurs difficile de dissocier les noms de Gendrin et Négrier dans cette importante découverte.

C'est donc en 1839 que les rapports entre l'ovulation et la menstruation sont nettement établis. Mais ces rapports ont été diversement compris et définis par les auteurs de ces différentes théories concernant l'alliance de la menstruation avec l'ovulation :

1° Les uns font dépendre la menstruation de l'ovulation (Négrier et Gendrin, Lœwenhardt, Lœwenthal) ;

2° Les autres admettent le rapport contraire, la menstruation serait la cause de l'ovulation (Aveling) ;

3° Enfin, tenant un juste milieu entre les deux extrêmes qui précèdent, nous trouvons l'opinion qui admet l'indépendance entre l'ovulation et la menstruation (Beigel).

Ces diverses théories méritent une analyse un peu plus complète.

Négrier et Gendrin, s'appuyant sur l'analogie des règles avec le rut chez les animaux, pensent que l'émission de l'ovule hors de la vésicule de de Graaf est la cause de l'écoulement sanguin menstruel.

L'ovule qui va se détacher devient le point de départ de toutes les modifications locales constituant les règles.

Ces deux auteurs admettent que c'est en général vers le milieu de l'époque menstruelle qu'a lieu la ponte ovulaire.

L'opinion de Lœwenhardt est peu différente de la précédente; seulement, d'après lui, la ponte aurait lieu au début même des règles.

Pour Lœwenthal, les choses se passeraient tout autrement. L'ovulation est bien encore la cause de la menstruation, mais de la façon suivante : l'écoulement menstruel vient de finir, la ponte a lieu, l'ovule va se fixer dans l'utérus, il y reste caché dans un repli de la muqueuse utérine, puis, si la fécondation n'a pas lieu, il est expulsé au bout de trois semaines environ, et par une sorte de petit avortement avec hémorrhagie modérée. Cet avortement périodique ne serait autre que les règles normales.

Avec Aveling, la filiation des phénomènes change complètement. Pendant la période intermenstruelle, la muqueuse utérine se prépare à recevoir l'ovule, elle lui fait un nid : d'où le nom de théorie de la nidation. Puis, quand tout est prêt pour le recueillir, la menstruation survient et amène la ponte ovulaire. L'ovule arrive dans l'utérus, et, s'il a été fécondé en temps voulu, se place dans le nid qui lui a été préparé; sinon, il est expulsé au dehors, et une nouvelle préparation recommence pour l'ovule suivant. C'est donc la menstruation qui régirait l'ovulation.

Beigel enfin croit que les deux phénomènes ovulation et menstruation sont indépendants l'un de l'autre. Il y aurait là une sorte de duumvirat génital. L'ovulation et la menstruation s'effectueraient parallèlement, mais sans aucun assujettissement réciproque. Avec ce dernier auteur, nous revenons donc à peu près à l'opinion ancienne, avec la connaissance de l'ovulation en plus.

Laissant de côté les opinions anciennes que la découverte de l'ovulation a ruinées, laissant également de côté la théorie de Lœwenthal, qui, quoique très ingénieuse, manque de preuves, et aussi celles de Lœwenhardt, qui diffère à peine de celle de Négrier et de Gendrin, trois adversaires restent en présence :

La menstruation dépend de l'ovulation (Négrier, Gendrin);

L'ovulation dépend de la menstruation (Aveling);

Menstruation et ovulation sont indépendantes (Beigel).

1° La menstruation dépend-elle de l'ovulation?

Oui, dans la plupart des cas : enlevez les ovaires à une femme, presque toujours les règles cessent. Quand il y a absence congénitale des ovaires, l'écoulement menstruel n'existe pas. Sur les

cadavres de femmes mortes pendant leurs règles, on a trouvé une vésicule de Graaf, récemment ouverte ou sur le point de s'ouvrir.

Non, dans quelques-uns : Le Fort, Kœberlé ont rapporté chacun un cas où, malgré l'ablation des ovaires et d'une partie de l'utérus, les règles persistèrent. Storer a cité deux faits semblables, et il en existe d'autres. Giraudet (de Tours) a relaté neuf observations de femmes bien menstruées et chez lesquelles, à l'autopsie, on trouva les ovaires tantôt réduits à l'état d'un haricot cartilagineux, tantôt transformés en kystes hématiques ou purulents ;

2° L'ovulation dépend-elle de la menstruation ?

En général, chez les femmes régulièrement menstruées, l'ovulation semble bien se faire, et ces femmes paraissent plus aptes à concevoir que celles qui sont mal réglées.

Mais combien ici les exceptions sont fréquentes : il n'est pas de médecin qui n'en ait observé une série d'exemples. Souvent on voit la conception avoir lieu chez des jeunes femmes aménorrhéiques ; les nourrices deviennent fréquemment enceintes avant le retour de leur menstruation. Donc, souvent, l'ovulation ne dépend pas de la menstruation.

3° Quelle conclusion tirer de ces faits contradictoires ? La seule légitime, à notre avis, est la suivante : L'ovulation ne dépend pas de la menstruation, non plus que la menstruation de l'ovulation.

Alors l'ovulation et la menstruation sont complètement indépendantes ? C'est le triomphe de la théorie de Beigel ? Pas davantage.

La menstruation doit être comprise d'une façon un peu différente.

C'est à tort, en premier lieu, que quelques auteurs font de menstruation le synonyme d'écoulement sanguin périodique : la menstruation ou mieux la fonction menstruelle, comprend deux phénomènes qui la composent essentiellement et qui sont, d'une part, l'*écoulement sanguin*, d'autre part, la *ponte ovulaire*.

Au point de vue scientifique, la distinction de ces deux phénomènes est indispensable pour bien comprendre et définir cette fonction.

La question est de savoir la liaison qui existe entre eux deux.

Choisissons quelques comparaisons :

Soit la fonction vocale, constituée par la réunion de deux phénomènes : un courant d'air et la contraction des cordes vocales. Or, ces deux faits dépendent-ils l'un de l'autre ? Nullement. Sont-ils indépendants ? Pas davantage, car ils se combinent sous l'influence d'une seule et même cause qui les dirige.

Prenons, dans le tube digestif, l'estomac qui, en dehors de l'absorption, a deux rôles principaux, l'un mécanique, l'autre chimique. Ces deux actes ne dépendent pas l'un de l'autre, et néanmoins, à l'état normal, ils agissent ensemble, en raison même de ce qu'ils obéissent à une même cause.

Or, il en est absolument de même de la fonction menstruelle : elle se compose de deux phénomènes, l'ovulation et l'écoulement sanguin qui sont indépendants l'un de l'autre, mais qui, obéissant à une même cause, se passent simultanément à l'état normal.

Ceci étant établi pour l'état physiologique, on comprend qu'à l'état pathologique les conditions puissent changer. Si l'appareil génital est atteint par une affection quelconque ou mutilé par une opération, la fonction menstruelle s'altérera. On assistera à la dissociation des deux actes réunis d'habitude ou même à la disparition de l'un d'eux, l'ovulation ou l'écoulement persistant seul. Dans d'autres cas, ils disparaîtront complètement.

Sous l'influence de causes diverses passagères, on observe également la dissociation de l'ovulation et de l'écoulement sanguin. C'est ainsi que l'excitation sexuelle est susceptible de produire l'ovulation sans hémorrhagie, et que certaines émotions ou traumatismes peuvent causer un écoulement sanguin prématuré et vraisemblablement accompagné d'ovulation.

Telle est l'idée qu'on doit se faire de la menstruation. Je la résumerai volontiers ainsi :

La fonction menstruelle se compose essentiellement de deux phénomènes : de la ponte ovulaire et de l'hémorrhagie génitale. Ces deux phénomènes sont indépendants l'un de l'autre, mais obéissent à la même cause (cette cause étant d'ailleurs indéterminée et résultant de la constitution même de l'organisme); à l'état physiologique, ils sont simultanés et, au contraire, se dissocient fréquemment à l'état pathologique.

Un écoulement génital simulant les règles, mais non accompagné d'ovulation, ne peut s'appeler menstruation, pas plus qu'une ponte ovulaire sans hémorrhagie : il n'y a là qu'une pseudo-menstruation. Dans le premier cas, on a l'apparence de la menstruation sans en avoir l'élément essentiel, l'ovule, et, dans le second cas, au contraire, l'élément essentiel existe, mais rien ne vient trahir sa présence au dehors.

La menstruation nous est à peu près connue en elle-même. Examinons son évolution dans l'être féminin.

Pendant les premières années de la vie, la menstruation n'existe pas, ce n'est qu'au moment de la puberté vers quinze ans (plus tôt dans les pays chauds, plus tard vers le nord) que se produisent les premières règles, l'*instauration menstruelle*.

Cette apparition est le signal de la puberté : la jeune fille est *réglée* ou *formée*. *Puberté* ne doit pas être confondu avec *nubilité*, la puberté étant en quelque sorte l'ébauche des modifications, qui, après quelque temps, conduiront à la nubilité, c'est-à-dire à l'aptitude au mariage.

La puberté, brusquement signalée par l'apparition des règles, amène la transformation de la voix, arrondit les formes féminines, parsème le pubis et les aisselles de poils; le caractère change ainsi que les goûts. Le système génital s'empare de l'organisme dans lequel il va régner en maître jusqu'au moment de la ménopause.

La *ménopause*[1] ou *âge critique* est l'époque de cessation des règles.

Entre la puberté et la ménopause s'étend toute la *période génitale* de la femme, époque réellement active pendant laquelle se fait la reproduction.

La ménopause a lieu, en général, dans nos climats vers quarante-cinq ans, oscillant entre quarante et cinquante ans. On l'a désignée sous le nom d'âge critique, car on l'a vue souvent coïncider avec le développement d'affections graves des organes génitaux, le cancer par exemple, et on a cru à tort que la ménopause était la cause de la maladie, alors qu'elle n'était que l'effet ou une simple coïncidence.

La cessation définitive des règles a lieu tantôt brusquement et sans troubles, tantôt après une série d'intermittences de deux, trois mois, ou davantage, se répétant pendant quelques années, tantôt enfin interrompues et accompagnées d'hémorrhagies génitales sans cause anatomique appréciable, et indiquant simplement la perturbation fonctionnelle du système génital au voisinage de sa mort physiologique; ce sont en quelque sorte des hémorrhagies symptomatiques de l'agonie génitale.

Aussitôt après la ménopause, le système génital s'atrophie, les seins

[1] μην, règles; παυσις, arrêt.

diminuent de volume, les appétits sexuels disparaissent, la vieillesse en un mot envahit l'organisme féminin désormais inapte à la reproduction, et dont la vie utile est, par conséquent, terminée.

Jusqu'à présent, il n'a été question que de la menstruation normale, mais avant de passer à son étude pathologique, examinons ses *irrégularités* :

La puberté, avons-nous dit, se montre ordinairement à 15 ans, et la ménopause à 45 ans, donc trente ans de vie génitale.

Les cas d'apparition menstruelle retardant jusqu'à 18, 20 ans et même davantage ne sont pas rares ; en étudiant l'aménorrhée, nous verrons même que certaines femmes mal formées ne sont jamais réglées. Par contre, la menstruation peut être précoce, à 10 ans, à 8 ans, à 6 ans et même plus tôt.

Cas de Wachs : instauration menstruelle à 2 ans et demi.

Cas de Mengus : menstruation à 23 mois.

Cas de Comarmond, médecin à Lyon : petite fille présentant un développement très marqué des seins, chez laquelle les poils pubiens se montrèrent à trois mois, et qui bientôt eut ses règles ; Comarmond la vit pour la première fois à l'âge de 7 mois ; à 27 mois, sauf la taille, elle présentait la plupart des signes de la puberté.

A ces menstruations précoces opposons les ménopauses tardives.

Courty a observé une femme qui, à 65 ans, était encore bien réglée.

Cornélie, mère des Gracques, accoucha à l'âge de 70 ans, mais il n'est pas dit que la menstruation continua jusqu'à cet âge, car quelques femmes peuvent concevoir après la cessation des règles, l'ovulation se faisant un certain temps après que l'écoulement sanguin a disparu. Enfin il existerait un fait de Schenkius [1] où la menstruation aurait duré jusqu'à l'âge de 103 ans (?).

Pendant la période menstruelle la femme, étant plus impressionnable, devra être autant que possible ménagée. Certains troubles nerveux ou métrorrhagiques sont dus à des commotions morales trop vives survenues pendant les règles. La pathogénie est peut-être difficile à élucider, mais il existe des faits assez nets pour ne laisser aucun doute sur cette influence.

Le coït peut-il être pratiqué sans inconvénients pendant la mens-

[1] Mauriceau. *Traité d'accouch.*, t. I, 6e édit., p. 49.

truation? On a accusé le sang des règles de déterminer l'urétrite chez l'homme; cette accusation ne saurait être justifiée, ou tout au plus peut-il s'agir d'une légère urétrite traumatique, dépendant plutôt des excès coïtaux que de l'existence même des règles. Donc innocuité pour l'homme, mais on ne saurait en dire autant pour la femme, et bien que l'époque des règles ait été considérée par quelques auteurs comme l'analogie du rut chez les animaux, et par conséquent comme l'époque de choix pour l'accouplement, le traumatisme conjugal apportant le trouble dans ces organes congestionnés ne saurait être indifférent, et si un coït isolé ne peut avoir de conséquences sérieuses, des excès seraient au contraire susceptibles d'amener des complications inflammatoires ou hémorrhagiques.

Le médecin est souvent consulté pour savoir si pendant les règles les soins de propreté génitale, les bains, les douches, l'administration de certains médicaments peuvent être continués sans inconvénients.

L'influence des injections vaginales ne saurait être défavorable à moins de recourir aux températures extrêmes (chaud et froid). La chaleur et le froid modifient en effet la circulation utérine et peuvent agir comme hémostatiques.

L'action des bains et des douches sur la menstruation variera beaucoup avec l'impressionnabilité du sujet. Telle femme n'en éprouvera aucun inconvénient au point de vue de l'écoulement sanguin, telle autre, au contraire, aura une brusque suspension, suivie de coliques utérines plus ou moins vives. L'action en un mot est analogue à celle d'une vive émotion, qui tantôt supprime brusquement le flux menstruel, tantôt ne le modifie en aucune façon. Cette variabilité de la tolérance féminine doit rendre très circonspect dans les conseils qu'on est appelé à donner aux femmes sur leur hygiène menstruelle, et justifier la conduite des médecins qui considèrent la femme pendant la menstruation comme un *noli me tangere*.

Une réserve analogue sera prudente pour l'administration des médicaments, et bien qu'en dehors des agents qui impressionnent spécialement l'utérus (tels que l'ergot et ses dérivés, la rue, la sabine, l'hamamelis virginica), la plupart des médicaments ne semblent pas avoir d'action pernicieuse sur les règles, mieux vaudra, à moins qu'il ne s'agisse de simples toniques ou qu'une médication énergique ne soit indiquée, temporiser, et cesser toute thérapeutique pendant l'écoulement sanguin.

Après cette description sommaire de la menstruation physiologique nous allons aborder la menstruation pathologique, qui peut s'écarter du type normal :

Soit par *manque* . . .	Aménorrhée . .	II
Soit par *excès*.	Métrorrhagie. .	III
Soit par *perversion*. .	Dysménorrhée .	IV

II

AMÉNORRHÉE

(*a.* privatif, μην mois, ρειν couler.)

L'aménorrhée est la suspension définitive ou temporaire de la menstruation.

La menstruation est, comme nous l'avons vu, constituée par la réunion de deux phénomènes : écoulement périodique de sang, ponte ovulaire; le premier étant facilement appréciable et pouvant être constaté par la personne la plus bornée ; le second, au contraire, échappant à nos moyens d'investigation les plus subtils et ne pouvant être soupçonné que d'après les résultats, fécondité et stérilité ; la fécondation est en effet un signe certain de ponte ovulaire et la stérilité peut dépendre de son absence.

Il serait intéressant et important en pratique de savoir si l'aménorrhée est *complète*, c'est-à-dire implique l'absence de ces deux phénomènes, ou *incomplète*, et constituée alors soit par le manque de ponte ovulaire, soit par le manque d'écoulement.

Avec l'aménorrhée complète comprise ainsi qu'il vient d'être dit, la fécondation est impossible ; avec l'aménorrhée incomplète, si la ponte ovulaire existe seule, la femme peut concevoir malgré l'absence d'écoulement sanguin.

Malheureusement l'état actuel de la science ne permet pas encore ce diagnostic, et jusqu'à nouvel ordre, quand on dit aménorrhée, on exprime simplement absence d'écoulement sanguin menstruel.

Étant donnée cette définition, le diagnostic de l'aménorrhée ne présente aucune difficulté et résulte d'une simple constatation.

Mais l'aménorrhée ne revêt pas les mêmes allures cliniques chez toutes les femmes.

Telle aménorrhéique ne présente mensuellement aucun symptôme spécial, sa vie génitale est aussi uniforme que celle d'une enfant qui n'est pas encore arrivée à l'âge de la puberté.

Telle autre, au contraire, à chaque époque devant correspondre aux règles, éprouve ce que l'on a désigné sous le nom de *molimen menstruel*, c'est-à-dire une sensation de plénitude dans le bassin, des douleurs aux aines et à la région lombaire, une fatigue générale, une nervosité exagérée, une diminution de l'appétit ; ces divers symptômes sont en quelque sorte l'écho de la menstruation, mais sans cause apparente, puisque l'écoulement fait défaut.

Chez d'autres aménorrhéiques, outre ces symptômes, il existe un écoulement blanc, révélation de la congestion génitale ; cet écoulement périodique a été désigné avec raison sous le nom de *règles blanches*.

Un degré de plus, et on voit survenir une menstruation de forme toute particulière désignée sous les noms divers de *menstruatio vicaria*, *règles supplémentaires ou déviées*, *ataxie menstruelle*. Le sang, au lieu de s'écouler par les organes génitaux, choisit un point de sortie différent, qui, conformément à un relevé de Puech [1], peut être, d'après une statistique de 200 cas, le suivant :

Hématémèse	32
Mamelle	25
Hémoptysie	24
Epistaxis	18
Membres inférieurs	13
Tronc, aisselle, dos, paroi thoracique	10
Intestin, hémorrhoïdes	10
Alvéoles dentaires	10
Yeux, paupières, caroncules lacrymales	10
Hématurie	8
Mains et doigts	7
Cuir chevelu	6
Conduit auditif	6
Ombilic	5
Glandes salivaires et muqueuse buccale	4
Joues	3
Sièges multiples	8

Dans ces cas d'ataxie menstruelle, tantôt l'écoulement sanguin se

[1] De la déviation des règles et de son influence sur l'ovulation 1863 (il manque dans cette statistique un cas pour faire les 200 indiqués).

fait exclusivement par la région indiquée en dehors des voies génitales, tantôt il a lieu à la fois par cette région et par les voies normales, l'écoulement est alors double; en pareil cas, il ne s'agit plus d'aménorrhée, mais d'une véritable menstruation double, ce n'est plus de l'*aménorrhée*, mais de la *surménorrhée*, le trop-plein sanguin s'écoulant par deux voies au lieu d'une.

Dans cette revue rapide, depuis l'aménorrhée absolue sans symptômes révélateurs, jusqu'à la surménorrhée, nous avons parcouru toute la gamme des troubles ménorrhéiques.

Avant la puberté et après la ménopause, l'aménorrhée est physiologique, mais quand elle survient pendant la vie génitale de la femme, elle peut être due à une série de causes que nous allons parcourir dans l'ordre suivant :

1° Causes génitales ;
2° Causes organiques non génitales ;
3° Causes nerveuses ;
4° Causes extérieures ;
5° Cause introuvable.

1° Causes génitales. — Parmi les génitales la cause la plus commune, et celle à laquelle il faut toujours penser quand il s'agit d'aménorrhée temporaire, est la *puerpéralité*. Depuis la conception jusqu'à la cessation de l'allaitement, les règles sont en général suspendues. Toute l'activité de l'organisme semble pendant la grossesse se consacrer au développement de l'embryon, et pendant la lactation à la sécrétion du lait destiné à nourrir l'enfant.

Les règles sont une sorte d'invite mensuelle à la conception, or, la puerpéralité étant destinée à l'élaboration d'un être conçu, puis mis au monde, puis allaité, il est naturel que cette invite périodique n'existe plus pendant ce temps. Cependant si l'écoulement sanguin fait ordinairement défaut pendant la grossesse et l'allaitement, il ne semble pas en être de même de la ponte ovulaire. Pendant la grossesse ou au moins durant les premiers mois, la ponte ovulaire existe, témoin les cas de superfécondation[1], et les résultats fournis par certaines autopsies ayant démontré chez des gestantes la rupture récente d'une vésicule de de Graaf. Pendant la lactation il n'est pas rare de voir la nourrice devenir enceinte sans trace de règles

[1] Nouvelle fécondation chez une femme déjà enceinte.

préalables. Ces cas sont même très embarrassants en pratique pour la détermination de l'âge de la grossesse, le point de repère menstruel, un des plus importants, faisant défaut.

En dehors de la puerpéralité les causes génitales de l'aménorrhée sont nombreuses, mais avant d'en aborder le détail, une distinction est ici indispensable.

L'aménorrhée peut en effet être *apparente* ou *réelle*.

Apparente, quand le sang sécrété par les organes génitaux est arrêté par un obstacle qui empêche sa sortie au dehors ; la menstruation existe, mais elle est interne.

Réelle, quand la sécrétion sanguine ne se produit pas.

L'*aménorrhée apparente* a lieu toutes les fois qu'il y a atrésie congénitale ou acquise du canal génital (vagin ou utérus), le résultat en est l'*hématocolpos* et l'*hématomètre*, affections qui ont été étudiées avec les malformations génitales.

L'*aménorrhée réelle* dépend de l'état pathologique de l'*utérus*, des *trompes* ou des *ovaires*.

L'aménorrhée utérine, c'est-à-dire d'origine utérine, est relativement rare dans la pathologie de l'utérus (inflammation, déviation, tumeurs) qui d'ordinaire cause au contraire des métrorrhagies, mais on l'observe dans l'*atrophie* utérine, soit congénitale, soit acquise à la suite d'accouchements, d'inflammations ou de cautérisations énergiques.

L'aménorrhée tubaire est rare, car les affections même graves des trompes, telles que la salpingite suppurée où le canal tubaire est transformé en kyste purulent, n'empêchent pas la menstruation, pourvu que l'ovaire et l'utérus restent sains.

L'aménorrhée ovarienne est au contraire importante, et, d'après ce qui a été vu à l'étude physiologique de la menstruation, il était facile de pressentir cette influence prépondérante de l'ovaire.

L'ovaire est en effet l'*âme* du système génital, et un peu de tout l'individu féminin, rôle analogue à celui du testicule chez l'homme.

Or, supprimez l'activité testiculaire chez l'homme, l'érection devient languissante, l'individu s'affaiblit, vieillit, la virilité se ternit ; ce châtré fonctionnel, s'il ne l'est pas anatomiquement, n'est plus qu'un impuissant, un invalide.

Eteignez la fonction ovarienne chez la femme, vous éteignez tout le système génital, et un peu tout l'être féminin.

L'aménorrhée est l'emblème de cette extinction.

Aussi faites la castration chez la femme, et vous voyez, tantôt de

suite, tantôt après quelque temps, la menstruation disparaître. Il est quelques cas où, malgré l'ablation des ovaires, la menstruation ou plutôt l'écoulement menstruel du sang, a persisté, mais ces cas sont l'exception.

L'aménorrhée existe également quand il y a atrophie congénitale ou acquise des ovaires sous l'influence d'un processus pathologique.

La ménopause, qui est en somme l'aménorrhée de la vieillesse, n'est peut-être que le résultat de l'atrophie sénile de l'ovaire : l'ovaire étant en quelque sorte le maître de l'organisme féminin, et veillant en elle, a toutes les conditions morales et physiques nécessaires à la reproduction de l'espèce.

Plus d'ovaires, plus de femme; l'être redevient asexué.

Avant de quitter les causes génitales, il importe de mentionner l'aménorrhée qui survient au voisinage de la puberté et de la ménopause, c'est-à-dire à l'aurore et au déclin de la vie génitale ; ces *aménorrhées crépusculaires* ne sont que les hésitations d'une fonction commençant et finissant, elles servent de période de transition entre deux âges voisins. Elles ne durent d'habitude que quelques mois interrompues par des menstruations irrégulières jusqu'à ce que l'état définitif soit constitué.

2° **Causes organiques non génitales.** — Dans cette étude étiologique continuons notre recherche excentrique, c'est-à-dire en nous éloignant de plus en plus du système génital.

Toute maladie des organes abdominaux, thoraciques ou des membres, pourra produire l'aménorrhée soit quand il y a une fièvre intense et prolongée [1], soit quand il y a un affaiblissement accentué. L'action se fait par l'intermédiaire de l'état général.

La menstruation, comme la digestion, comme la plupart des fonctions de l'économie, ne se produit qu'avec un organisme sain ; la maladie l'entrave ou l'arrête.

L'aménorrhée est en pareil cas l'effet et non la cause de la maladie, ainsi que le croient volontiers les personnes étrangères à la médecine, insistant toujours pour que, dans ces états maladifs, on fasse revenir les règles ; le retour de la menstruation leur paraît être le salut, et il l'est en effet quand ce retour se fait normalement.

[1] Les métrorrhagies sont plutôt l'effet des états fébriles et aigus que l'aménorrhée.

Mais ce n'est pas en pareil cas le rétablissement de la menstruation qui produit la guérison, c'est la guérison qui amène le retour des règles. La coïncidence fausse l'interprétation.

A côté des maladies localisées, il importe de faire dans l'étiologie de l'aménorrhée une part importante aux maladies générales, et parmi elles je mentionnerai surtout l'obésité, le diabète, l'albuminurie, le cancer, la syphilis, la chloro-anémie, qui agissent surtout par la cachexie et l'anémie qu'elles amènent, et proportionnellement en général à cette cachexie et à cette anémie.

3° **Causes nerveuses.** — Toute maladie du système nerveux est capable de produire l'aménorrhée, quand elle aboutit à une perturbation suffisante de l'organisme. On a également invoqué l'hystérie; tout en admettant la réalité de cette cause, il est probable que bien des aménorrhées ont été rangées à tort sous ce titre étiologique.

L'aménorrhée *psychique* est loin d'être rare. Une émotion violente, une colère, une contrariété vive, sont susceptibles d'arrêter les règles dans leur cours, ou d'empêcher momentanément leur apparition. Les règles à cet égard ont été à juste titre comparées à l'érection chez l'homme. Un homme préoccupé, tourmenté, est momentanément impuissant; la femme dans les mêmes conditions devient aménorrhéique; dans l'un et l'autre cas des modifications vaso-motrices sont la cause du trouble fonctionnel.

Si une émotion peut produire la suppression des règles, elle peut aussi avoir les résultats contraires; tel le cas de Robert[1], où une femme eut, à la suite d'une vive frayeur, une brusque réapparition de ses règles supprimées depuis neuf mois.

C'est aussi par une influence psychique que la crainte ou l'espoir d'une grossesse amène parfois l'aménorrhée.

Une femme, après dix ans de mariage stérile, d'habitude bien réglée, a une cessation menstruelle de plusieurs mois: le ventre grossit, elle croit même sentir des mouvements; la grossesse est pour elle certaine; puis sans cause le sang reparaît; la tympanite, source de l'augmentation du volume abdominal, s'amende; il n'y avait pas trace de grossesse. L'espoir même de la conception avait entretenu l'aménorrhée.

Une veuve ayant trop vite oublié le défunt redoute une grossesse;

[1] *Brit. med. Journ.*, 16 nov. 1889.

la crainte devient très vive et s'accentue au moment des règles qui font défaut; l'aménorrhée continuant, l'état de préoccupation devient excessif; la grossesse ne saurait faire de doute, déshonneur, idées de suicide, etc. Puis un jour les règles reviennent, ramenant le calme dans cet esprit qui avait frisé la folie.

Ces *aménorrhées fantômes* tiennent une importante place dans la vie morale de la femme.

4° **Causes extérieures.** — La brusque impression du froid est susceptible d'arrêter momentanément l'écoulement menstruel. Les injections vaginales d'eau froide ou chaude, faites dans un but thérapeutique pour arrêter une menstruation profuse, peut aboutir au même résultat. Cet arrêt brusque ne saurait d'ailleurs avoir les graves inconvénients que lui attribue l'opinion populaire.

Parmi les causes extérieures je rangerai l'action de certains médicaments : l'opium, les styptiques, l'impression d'odeurs fortes, l'application de révulsifs, une saignée locale ou générale, qui sont capables d'arrêter momentanément les règles.

Les femmes qui vivent enfermées, telles les jeunes pensionnaires, les religieuses, sont fréquemment sujettes à l'aménorrhée. Cette *aménorrhée claustrale* disparaît aussitôt que la femme reprend ses habitudes de vie active et au grand air.

On a prétendu que les voyages en chemin de fer prédisposent à l'aménorrhée, et que ceux en mer auraient l'effet contraire; cette influence n'est pas prouvée.

Les premières approches conjugales causent souvent chez les jeunes mariées un retard de règles ou même une suspension de deux ou trois mois, sans qu'il y ait trace de grossesse; le médecin appelé à faire le diagnostic en pareil cas doit avoir présente à l'esprit cette *aménorrhée de la lune de miel.*

5° **Cause introuvable.** — Il existe enfin des cas d'aménorrhée où la recherche la plus attentive ne peut déceler la moindre cause; ces cas ont été désignés sous le nom d'*aménorrhée essentielle* ou *idiopathique.* C'est là une classe d'attente que les progrès de la gynécologie feront disparaître petit à petit, mais qu'il faut encore conserver, certains cas restant étiologiquement inexplicables.

Avoir exposé les causes variées qui peuvent produire l'aménorrhée, c'est avoir indiqué leur diagnostic.

Mais à côté du diagnostic étiologique l'existence de l'aménorrhée soulève d'autres questions importantes à résoudre, parmi lesquelles deux sont surtout intéressantes :

1° *L'aménorrhée est-elle une cause de stérilité ?*

Le médecin peut être consulté dans deux circonstances différentes : tantôt pour une jeune fille aménorrhéique qu'on désire marier, tantôt par une femme également aménorrhéique dont l'union reste stérile.

Dans l'un et l'autre cas il s'agit de décider si, malgré l'aménorrhée, la conception est possible.

Théoriquement il existe, ainsi que nous l'avons dit, deux variétés d'aménorrhée, l'une sans ovulation, l'autre avec ovulation.

La première implique la stérilité, l'autre au contraire permet la conception.

Malheureusement nous avons vu que la distinction des deux variétés échappait à notre appréciation, aussi nous sera-t-il impossible de porter un diagnostic de certitude, et devrons-nous nous borner à un diagnostic de probabilité, qui sera basé sur les éléments suivants :

Si l'aménorrhée s'accompagne d'une malformation génitale, le pronostic dépend de la malformation même. Dans toute aménorrhée l'élément étiologique doit d'ailleurs être apprécié au point de vue de son influence possible sur la stérilité.

L'aménorrhée aura d'autant plus de chances d'impliquer la stérilité, qu'elle dure depuis un plus long temps.

Plus l'aménorrhée est complète, moindres sont les chances de conception ; c'est-à-dire qu'il y a plus de chances avec des règles blanches, ou avec l'existence du molimen menstruel, que quand l'un et l'autre font défaut.

2° *L'aménorrhée peut-elle être cause de maladie, ou son existence implique-t-elle une gravité spéciale de l'état pathologique existant ?*

Cette question que je résume ici pour la mettre en relief a déjà été abordée précédemment. L'aménorrhée ne peut par elle-même causer aucune maladie ; sa cause seule est susceptible d'être plus ou moins dangereuse.

Quand dans le cours d'une maladie l'aménorrhée se déclare, elle constitue en quelque sorte le thermomètre de l'affaiblissement organique.

L'aménorrhée n'étant pas une maladie par elle-même, le TRAITEMENT sera uniquement celui de la cause qui la produit.

Donc traitement essentiellement étiologique.

Toutefois on trouvera chez certaines personnes l'idée que l'aménorrhée est par elle-même la cause des malaises ou des symptômes pathologiques, tellement ancrée, qu'on sera moralement obligé d'instituer un traitement qu'on fera aussi anodin que possible.

Les deux moyens à employer de préférence sont à l'*intérieur*, l'apiol, liquide huileux extrait du persil, dont on donnera deux capsules de 0,20 par jour; à l'*extérieur*, l'électricité faradique, appliquée de la région lombaire à l'hypogastre, et, si les conditions le permettent, l'hydrothérapie.

III

MÉTRORRHAGIE

Le sang qui s'écoule des organes génitaux peut provenir de la vulve, du vagin, de l'utérus, des trompes ou des ovaires; il peut donc y avoir des *vulvorrhagie*, *vaginorrhagie*, *métrorrhagie*, *salpingorrhagie*, *ovarrhagie* dont l'ensemble constitue les *génitorrhagies;* toutefois l'utérus étant la source habituelle du sang, on englobe en général ces écoulements sanguins sous la dénomination commune de *métrorrhagies;* je me conforme à l'usage en conservant ce titre.

On appelle ménorrhagie (μήν, règles ; ῥαγεῖν, couler) des métrorrhagies qui affectent la périodicité des règles; la ménorrhagie n'est donc qu'une forme de métrorrhagie.

La menstruation constitue une métrorrhagie périodique et normale, mais dans ce chapitre nous n'aurons en vue que l'état pathologique ou, en d'autres termes, la métrorrhagie anormale.

Au seuil même de cet exposé une question surgit : *Quand l'hémorrhagie génitale cesse-t-elle d'être physiologique et devient-elle pathologique?*

L'hémorrhagie génitale devient pathologique quand l'écoulement habituel du sang est exagéré :

Ou dans sa *quantité;*
Ou dans sa *durée;*
Ou dans sa *fréquence.*

Pour que l'état pathologique existe réellement, il faut que les modifications soient nettement et facilement appréciables; une simple nuance ne saurait être considérée comme suffisante.

D'une façon plus générale on peut dire que la métrorrhagie existe toutes les fois que la quantité de l'écoulement sanguin est nuisible à l'organisme.

Le critérium pathologique est cherché dans le premier cas dans l'hémorrhagie même, et dans le second dans ses rapports avec la santé de la femme.

Le sang qui s'échappe des organes génitaux est tantôt liquide, tantôt en caillots, suivant son abondance et la durée de son séjour dans les voies génitales.

Il peut être pur ou mélangé à d'autres sécrétions (pus sanie cancéreuse).

La provenance sera reconnaissable par l'examen direct, quand il s'agit des hémorrhagies de la vulve, du vagin, ou de la surface vaginale du col, sinon elle ne pourra être que soupçonnée d'après les résultats fournis par l'examen génital.

Les *causes* susceptibles de produire les hémorrhagies génitales sont nombreuses; comme pour l'aménorrhée, nous les étudierons dans l'ordre suivant:

1° Causes génitales { puerpérales; apuerpérales;
2° Causes organiques non génitales;
3° Causes nerveuses;
4° Causes extérieures;
5° Cause introuvable.

1° **Causes génitales.** — Les métrorrhagies de cause génitale se produisent pendant la puerpéralité ou en dehors d'elle.

L'étiologie puerpérale est différente, suivant que l'hémorrhagie a lieu pendant la grossesse, l'accouchement, le postpartum ou l'allaitement.

Pendant la grossesse l'hémorrhagie provient parfois de causes non puerpérales, tels l'ulcération du col, un fibrôme, une tumeur can-

céreuse, mais le plus souvent l'écoulement sanguin est dû soit à un retour de règles, auquel cas il présente l'abondance de la menstruation ordinaire, soit au décollement du placenta normalement inséré ou prævia. L'avortement est toujours à craindre en pareil cas.

Toutes les fois qu'une hémorrhagie survient après une aménorrhée de quelques mois, il faut penser à la possibilité de la grossesse, et, si elle existe, poser la question de l'avortement. Le diagnostic sera ordinairement facile dans la seconde moitié de la grossesse, mais souvent des plus ardus pendant la première moitié.

Parmi les états pathologiques de la grossesse susceptibles de causer des hémorrhagies, je signalerai la môle hydatiforme, la grossesse extra-utérine, le placenta prævia.

Au moment de l'accouchement, tous les traumatismes spontanés, c'est-à-dire résultant du passage du fœtus, ou opératoires, peuvent être cause d'hémorrhagies, mais la cause la plus sérieuse est l'inertie utérine accompagnant la délivrance ou lui succédant.

Au moment du postpartum, un écoulement sanguin physiologique accompagne pendant les premiers jours les sécrétions génitales, pour constituer les lochies. — L'hémorrhagie peut être pathologique par son abondance ou par son apparition tardive; elle reconnaît pour cause la plus habituelle soit un retard dans l'involution utérine, soit la rétention de débris ovulaires (membranes ou placenta).

Les hémorrhagies, qui se déclarent pendant l'allaitement, reconnaissent des causes analogues, parfois la succion de l'enfant amène une hémorrhagie momentanée ou augmente pendant quelques instants une métrorrhagie déjà existante. Le fait clinique est vrai et s'observe fréquemment; il s'explique soit par des contractions utérines réflexes qui se produisent à ce moment chassant le sang contenu dans l'utérus, soit par les mouvements que fait la femme au moment de donner le sein, l'effort accompli dans ces déplacements comprimant le vagin et évacuant le sang qu'il contient, d'où accentuation apparente de l'hémorrhagie.

En dehors de la puerpéralité, l'hémorrhagie génitale peut prendre source à la vulve, au vagin ou plus profondément au niveau de l'utérus, de la trompe et de l'ovaire.

Vulve : ulcération tuberculeuse ou cancéreuse; rupture de varice.

Vagin : causes analogues.

Utérus, trompes et ovaires. Ces trois organes doivent être groupés

ensemble, car lorsque du sang s'échappe de l'utérus, il est impossible d'en préciser exactement la provenance.

Les ulcérations du col saignent facilement au contact du doigt explorateur, d'une canule à injection, du pénis conjugal. — L'hémorrhagie est même spontanée avec l'épithélioma, mais en pareil cas elle est lente, prolongée, de faible abondance et sanieuse.

Au niveau du corps trois causes hémorrhagipares maîtresses : le cancer, le fibrôme, la métrite. — Le cancer du corps est rare comme affection primitive; secondaire, il ne donne lieu qu'à des symptômes atténués et à des hémorrhagies de faible abondance. — Les fibrômes nés dans la paroi utérine pointent progressivement dans la cavité utérine et causent des hémorrhagies abondantes, prolongées et très débilitantes. — La métrite, dite hémorrhagique à cause de son principal symptôme, est anatomiquement caractérisée tantôt par une ulcération de la muqueuse utérine (endométrite ulcéreuse), tantôt par des végétations (endométrite végétante). — Le diagnostic différentiel de ces deux variétés n'a d'ailleurs qu'un intérêt théorique, car le traitement est le même dans les deux cas.

Les affections tubaires, soit par elles-mêmes, soit par la congestion qu'elles provoquent du côté de l'utérus, peuvent amener des hémorrhagies génitales ; toutefois leur rôle à cet egard n'est encore que très imparfaitement connu.

L'influence des ovaires est plus nette et mieux définie. L'activité ovarienne est la source de l'hémorrhagie menstruelle, sa suractivité exagérera l'écoulement sanguin et produira l'état pathologique. — La source du sang est en général l'utérus, sur lequel l'ovaire agit par action réflexe.

Aussi, quand une femme présente des métrorrhagies dont la cause nous échappe, et qui sont rebelles aux moyens habituels, notamment au curettage utérin, n'oublions jamais l'exploration attentive des ovaires : leur inflammation, déplacement, compression, dégénérescence est souvent la cause de l'hémorrhagie, et dans les cas graves l'ablation d'une ou des deux glandes génitales est parfois le seul remède réellement efficace à opposer à la métrorrhagie.

Au moment de l'instauration menstruelle, mais surtout de la ménopause on voit chez quelques femmes survenir des métrorrhagies que, par analogie avec ce qui a été décrit pour l'aménorrhée, on peut appeler *crépusculaires*, c'est-à-dire existant à l'aurore et au déclin de la vie génitale. Ces métrorrhagies, rares et surtout peu

graves à la puberté, sont fréquentes, sérieuses et rebelles à la ménopause. Elles résistent à la plupart des traitements, souvent même au curage, et la thérapeutique est parfois obligée de temporiser en employant des palliatifs. Je n'ai ici en vue que les hémorrhagies sans cause appréciable autre que le retour d'âge, et je laisse de côté naturellement celles qui dépendent des causes habituelles : cancer, fibrôme, métrite.

Ces hémorrhagies essentielles de la ménopause sont en quelque sorte les adieux du système génital à la vie active; leur pathogénie reste encore très obscure.

2° **Causes organiques non génitales.** — Deux variétés de maladies sont de préférence sujettes à produire la métrorrhagie : celles qui gênent la circulation générale, et celles qui par leur nature infectieuse altèrent le sang.

Parmi les premières je mentionnerai les cardiopathies aboutissant à l'asystolie ; et les maladies chroniques du poumon dont l'asphyxie est le résultat fonctionnel.

Parmi les secondes figurent les fièvres éruptives, l'ictère grave, la fièvre typhoïde, maladies dans lesquelles la métrorrhagie a été comparée par Gubler à l'épistaxis, d'où le nom d'épistaxis utérine. La pathogénie des deux variétés d'hémorrhagie est en effet la même.

Une mention en terminant pour l'hémophilie dont la nature est encore problématique.

3° **Causes nerveuses.** — Certaines névralgies, par exemple la lombo-abdominale, ont été accusées de déterminer des métrorrhagies ; l'intermédiaire serait un trouble vaso-moteur. Mais il est probable que dans la plupart des cas les éléments douloureux et hémorrhagique coïncident, ils dépendent d'une même cause génitale latente ou passant inaperçue, par exemple de l'ovarite ou d'un léger degré d'endométrite.

Les troubles vaso-moteurs génitaux peuvent cependant avoir une origine purement nerveuse, ainsi qu'on le voit dans la métrorrhagie de cause psychique.

Telle femme par exemple, à la suite d'une vive émotion, une frayeur, a une métrorrhagie, de même que telle autre présente une cessation de l'écoulement menstruel ; l'action émotive est absolument capricieuse, suivant les sujets. La même différence existe

d'ailleurs pour les variations de coloration faciale, l'émotion faisant rougir certaines personnes et pâlir les autres.

L'action de vives préoccupations est analogue. J'ai soigné récemment une nerveuse atteinte de métrorrhagies légères, sorte de règles revenant tous les 8 ou 10 jours, chez laquelle, pendant deux mois de surveillance, je n'avais pu découvrir aucune cause locale ni générale ; elle finit par m'avouer qu'elle soupçonnait son mari de la tromper avec une courtisane à la mode. Je conseillais au mari et à la femme de quitter Paris pendant quelque temps ; la jalousie cessa avec l'éloignement et les écoulements sanguins reprirent leur ancienne régularité mensuelle.

La tranquillité morale est donc un excellent hémostatique pour certaines névropathes.

4° **Causes extérieures.** — Tout traumatisme, à quelque point de la surface génitale qu'il s'adresse, est susceptible de produire une hémorrhagie, dont l'importance sera proportionnelle à la blessure même.

Le coït, quand il est excessif, ou quand par la disproportion des organes masculins et féminins, ou la brutalité du mâle, il devient pathologique, est susceptible de produire des hémorrhagies vulvaires, vaginales ou utérines.

Toute excitation intense, exagérée, résultant soit de l'union sexuelle, soit de la masturbation, peut amener des hémorrhagies, car elle congestionne toute la sphère génitale ; l'hémorrhagie n'est en pareil cas que la manifestation extérieure de la congestion.

Toute cause extérieure, susceptible de modifier les conditions normales de la circulation, peut être une cause de métrorrhagie. C'est ainsi qu'agissent les vêtements trop serrés et notamment le corset qui étrangle chez les femmes coquettes l'abdomen à sa partie supérieure, et empêche le retour du sang vers le cœur. Les variations d'altitude auraient, d'après Saucerotte, une influence indéniable sur la production des hémorrhagies génitales ; c'est ainsi que les femmes habituées à vivre dans la plaine, quand elles vont habiter la montagne, auraient une exagération notable dans l'écoulement menstruel. Les femmes aéronautes pourraient, à cet égard, nous donner d'utiles renseignements.

On a encore accusé d'influence métrorrhagique les bains chauds, l'usage de chaufferettes, l'abus de boissons spiritueuses.

5. **Cause introuvable.** — Enfin, il est certains cas où l'examen le plus attentif ne révèle aucune cause ; la métrorrhagie est dite *essentielle* ou *idiopathique*. Comme pour l'aménorrhée, on ne doit admettre cette catégorie d'hémorrhagie que provisoirement, c'est une classe d'attente.

En présence d'une hémorrhagie génitale, la question d'*origine* devra, en premier lieu, être résolue, la vue fera découvrir la source vulvaire, le spéculum permettra de trouver la source vaginale ou cervicale ; dans ce dernier cas, l'hémorrhagie a pour point de départ l'utérus, la trompe ou l'ovaire.

L'origine établie, l'étude successive des causes qui viennent d'être énumérées nous conduira au *diagnostic étiologique*.

Quant à la *valeur pronostique* d'une métrorrhagie, survenant dans le cours d'une autre maladie, il suffira de dire ici qu'elle est à peu près la même que celle de toute autre hémorrhagie ; le siège de l'écoulement sanguin n'a alors qu'une importance secondaire.

Le TRAITEMENT des hémorrhagies génitales devra être étiologique, c'est-à-dire qu'on devra chercher la cause et s'efforcer de la supprimer par des moyens appropriés.

Cependant il est trois circonstances, où la cause étant laissée de côté, le traitement s'adressera directement à l'hémorrhagie :

1° Quand l'écoulement de sang est assez abondant pour constituer un péril immédiat ;

2° Quand la cause est incurable ;

3° Quand la cause ne peut être déterminée.

1° En cas d'hémorrhagie grave, nécessitant une prompte répression (je n'ai ici en vue que les hémorrhagies en dehors de la puerpéralité, sans quoi il nous faudrait étudier la thérapeutique de l'avortement, des hémorrhagies de la délivrance, du postpartum), s'il s'agit d'un traumatisme vulvo-vaginal, on cherchera à découvrir la source du sang et à l'arrêter à l'aide de sutures, ligatures, pinces à forcipressure. Si la source est utérine, le meilleur et plus sûr moyen est le tamponnement utérin ou vaginal. Le tamponnement utérin se pratiquera quand la cavité utérine sera facilement accessible, sinon on se contentera du tamponnement vaginal.

La technique du tamponnement est la suivante : on se sert d'une bande de gaze iodoformée spécialement préparée à cet usage, ou d'une bande de gaze simple préalablement désinfectée

dans l'eau bouillante ou trempée dans une solution antiseptique. La femme est placée en travers du lit en position vulvaire, un spéculum bivalve appliqué. Si le tamponnement doit être intra-utérin, le col est saisi à l'aide d'une pince de Museux, abaissé dans la direction de la vulve et maintenu par un aide. L'extrémité de la bande est saisie avec une longue pince à pansement, ou placée sur une tige mousse et portée jusqu'au fond de la cavité utérine ; l'instrument retiré, on poussera une nouvelle partie de la gaze jusqu'à ce que la cavité utérine soit comblée. Il sera bon de compléter le tamponnement utérin par un tamponnement vaginal.

Le tamponnement vaginal s'exécute de la même manière : la femme étant dans la position vulvaire et le spéculum appliqué, on introduit avec le doigt la bande de gaze progressivement déroulée ; on comble la cavité vaginale, en ayant soin de la distendre aussi complètement que possible. Le spéculum est retiré petit à petit, à mesure que la cavité vaginale est remplie par la gaze.

Le tamponnement utérin ou vaginal sera laissé douze heures en place, vingt-quatre heures au maximum ; pendant ce temps, la miction devra être surveillée, et la malade sondée en cas de besoin.

Si la gaze faisait défaut, on emploierait pour le tamponnement des bandes de toile fine taillées dans de vieux draps, dans des serviettes ou des mouchoirs, ainsi qu'on peut s'en procurer dans toute maison ; avant de les introduire, on les trempera dans une solution antiseptique ;

2° La cause est incurable ; il s'agit par exemple d'un cancer utérin ou d'un fibrôme inopérable. Les hémostatiques, auxquels on peut avoir recours, sont :

L'ergot et ses dérivés ;

La digitale ;

L'hamamelis virginica en teinture à $\frac{1}{10}$, 20 à 30 gouttes ;

L'hydrastis canadensis en teinture à $\frac{1}{10}$, 20 à 30 gouttes ;

L'eau de Léchelle, composée d'une série nombreuse de plantes, a joui autrefois d'une certaine vogue. Dose *ad libitum* par cuillerées à soupe.

Si l'hémorrhagie par sa gravité nécessite un traitement actif, se comporter comme dans le cas précédent.

3° La cause de l'hémorrhagie ne peut être déterminée — hémorrhagie essentielle ; — on emploiera la série des moyens hémostatiques dont il vient d'être question.

Dans les cas rebelles à tout traitement où l'hémorrhagie par son abondance et sa continuité expose la vie de la femme, ou rend la vie insupportable, on peut être autorisé, ainsi que Martin l'a fait, à tenter, suivant les circonstances, soit la castration, soit l'hystérectomie vaginale totale.

IV

DYSMÉNORRHÉE

(δυς difficilement, μην mois, ρειν couler.)

La menstruation comme toute fonction normale de l'économie, sauf l'accouchement, doit évoluer sans douleur ; quand elle est pénible, on dit qu'il y a dysménorrhée.

Ce trouble menstruel est loin d'être rare, ainsi que l'a dit Gallard, presque le quart des femmes est dysménorrhéique à des degrés divers.

A chaque période menstruelle l'utérus est le siège de deux phénomènes principaux :

Contraction ;

Écoulement sanguin.

Nous avons précédemment étudié les variations de l'écoulement sanguin dont l'absence constitue l'aménorrhée, et l'exagération, la métrorrhagie.

Quant à la contraction utérine, elle est comme celle de tous les muscles, normalement indolore.

Toute contraction douloureuse s'appelle *crampe* quand il s'agit d'un muscle strié, et *colique* quand elle s'adresse à un muscle lisse.

Le muscle utérin, comme tous les muscles de l'organisme, se contracte de temps en temps pendant toute l'existence. L'absence de ses contractions aboutirait à sa dégénérescence et à sa disparition. La contraction, faible avant la puberté et après la ménopause, s'accentue pendant la vie génitale ; plus énergique pendant les règles que pendant la période intermenstruelle ; elle se montre dans tout le cours de la grossesse, constitue le phénomène capital de l'accouchement, et va en décroissant pendant le postpartum.

Or, si la contraction utérine est indolore quand elle est modérée, elle devient douloureuse alors qu'elle revêt une certaine intensité. Cette douleur se traduit au maximum pendant la parturition, et elle est habituelle chez les multipares pendant les suites de couches ; dans ce dernier cas, on la désigne sous le nom de *tranchées*.

Durant la menstruation, qui fait l'objet de notre étude actuelle, la contraction utérine est d'ordinaire et normalement indolore ; quand l'énergie de la contraction devient suffisante pour produire la douleur, la *dysménorrhée* est constituée.

La dysménorrhée n'est donc autre chose que la colique utérine de la menstruation.

La dysménorrhée est à la menstruation ce que la colique intestinale est à la digestion, ce que la colique néphrétique est à l'excrétion urinaire, ce que la palpitation est au fonctionnement cardiaque. Tout muscle de la vie organique travaillant dans le calme à l'état normal, peut dans des conditions spéciales fonctionner douloureusement.

La dysménorrhée, qui par sa fréquence constitue un chapitre important de la gynécologie, a été l'objet de classifications nombreuses et compliquées. En parcourant les auteurs, on trouve la description de dysménorrhées : *essentielle, idiopathique*, *nerveuse, congestive*, *inflammatoire*, *mécanique*, *spasmodique*, *ovarienne*, *utérine*, *pseudo-membraneuse*.

Toutes ces divisions sont inutiles, elles sont même nuisibles à l'idée qu'on doit se faire de la dysménorrhée.

La dysménorrhée en effet est *une*, elle relève de *causes diverses* et se manifeste par des *symptômes variables*, qui, par leur importance, ont pu faire croire à la nécessité de ces divisions soit étiologiques, soit symptomatiques ; mais, pour bien la comprendre, il faut l'envisager en bloc.

Que dirait-on de l'auteur qui décrirait un accouchement lombaire, un accouchement hypogastrique, un accouchement fémoral, un accouchement indolore, un accouchement hémorrhagique, uniquement parce que les douleurs de l'accouchement sont tantôt à prédominance lombaire, hypogastrique, fémorale, ou parce que les douleurs sont nulles, ou parce qu'enfin il y a complication d'hémorrhagie ? Il tomberait dans le même défaut que les gynécologues qui ont voulu décrire plusieurs variétés de dysménorrhée.

Il est en particulier une variété de dysménorrhée, la *pseudo-membraneuse*, à laquelle on s'est efforcé de créer une individualité

nettement distincte, parce que les douleurs de la menstruation s'accompagnent de l'expulsion de fausses membranes. Mais ces fausses membranes ne sont qu'un des symptômes de la dysménorrhée. Parce que des palpitations peuvent se compliquer d'embolie ou d'hémorrhagie, décrira-t-on à part des palpitations emboliques ou hémorrhagiques ? Avec raison, aucun auteur n'a jamais songé à le faire.

Conservons donc à la dysménorrhée son unité et considérons les diverses variétés créées par les auteurs comme de simples détails étiologiques ou symptomatiques.

L'étude de la dysménorrhée comprend celle :

De la douleur ;
De l'écoulement génital ;
Du retentissement général ;
De sa marche.

Douleur. — Les douleurs de la dysménorrhée rappellent assez bien celles d'un accouchement en miniature ; ce qui s'explique facilement, car, dans l'un et l'autre cas, elles sont produites par des coliques utérines. Pendant les quelques heures qui précèdent l'apparition du sang et pendant la durée de son écoulement, la femme éprouve des accès intermittents de douleurs à la région lombaire et à l'hypogastre, avec sensation de plénitude et de tension dans le bas-ventre. Ces douleurs sont parfois suffisantes pour nécessiter un repos absolu au lit ou dans un fauteuil, le moindre mouvement les exaspérant ; le sommeil peut être empêché par elles. Le ventre se tend, se météorise, la palpation est parfois très pénible, à tel point que chez certaines femmes elle produit un état syncopal. Suivant les sujets, les douleurs sont plus vives soit avant l'apparition du sang, soit pendant son écoulement ; elles se calment d'habitude vers la fin des règles.

Les douleurs ne sont pas toujours localisées à l'abdomen et dans le domaine des nerfs lombo-abdominaux, elles peuvent se propager vers la cuisse le long du sciatique ou du crural ; la névralgie intercostale n'est pas rare. On observe aussi la névralgie faciale et la migraine.

Ecoulement génital. — Le sang des règles est tantôt pâle, faiblement coloré et mêlé à une quantité variable de mucosités, tantôt noirâtre, mêlé de caillots nombreux et abondants, tantôt enfin pré-

sentant la coloration habituelle du sang menstruel de quantité normale, exagérée ou diminuée.

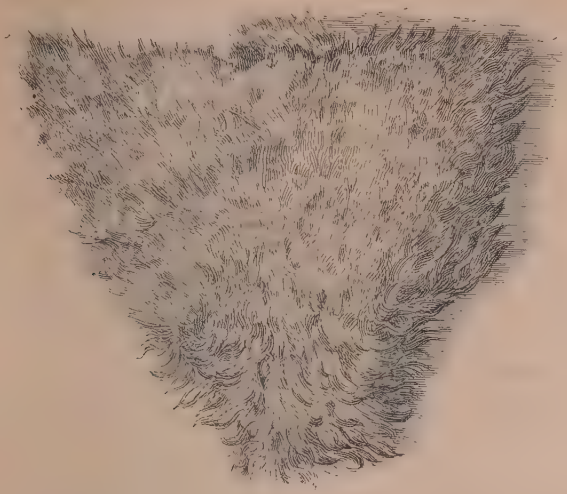


Fig. 494. — Membrane dysménorrhéique vue sous l'eau (Simpson).

L'écoulement de sang peut être insignifiant, et parfois nul, de telle sorte qu'il y a à la fois aménorrhée et dysménorrhée. La dys-

Fig. 495. — Membrane dysménorrhéique (Barnes).

Fig. 496. — Portion de muqueuse utérine expulsée dans la dysménorrhée (Oldham).

ménorhée est donc susceptible de se montrer accompagnée soit de métrorrhagie, soit d'aménorrhée.

Dans l'examen du sang recueilli on rencontre quelquefois des membranes (dysménorrhée membraneuse) constituées, tantôt par un

simple caillot fibrineux, représentant plus ou moins la forme de la

Fig. 497. — Muqueuse utérine exfoliée, coupe histologique (Gallard).
V.V.V. vaisseaux sanguins. — G. débris d'épithélium cylindrique glandulaire.

Fig. 498. — Muqueuse utérine exfoliée, coupe histologique (Gallard).
R. revêtement épithélial cubique très incomplet. — S.S. stroma. — V. vaisseau sanguin obstrué par de petits caillots fibrineux. — CC. G.G. hémorrhagies interstitielles.

cavité utérine sur laquelle ils se sont moulés, tantôt par toute la

muqueuse de l'utérus détachée en bloc, et constituant une véritable caduque non puerpérale (fig. 494 et 495), tantôt enfin par des débris de cette muqueuse (fig. 496).

A l'examen microscopique, on a l'aspect représenté par les figures 497 et 498.

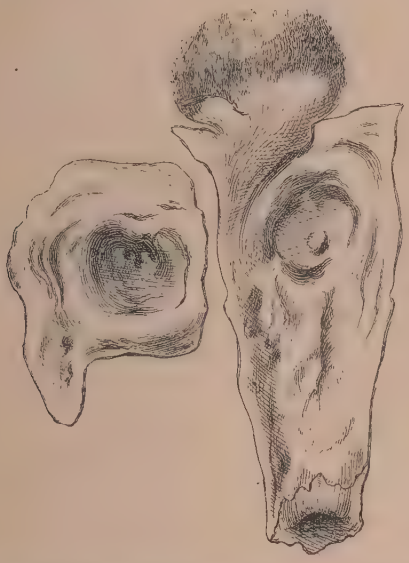


Fig. 499. — Membranes déciduales expulsées à la suite d'un avortement (Skene).

Ces membranes doivent être distinguées de celles fournies par un avortement (fig. 499) des premières semaines de la grossesse.

AVORTEMENT	DYSMÉNORRHÉE SIMPLE
Epaisseur notable.	Epaisseur moindre.
Grande richesse vasculaire.	Faible richesse vasculaire.
Villosités choriales nettement visibles en plongeant le lambeau dans de l'eau.	Pas de villosités ; cependant sous l'eau on aperçoit des inégalités (fig. 494), mais beaucoup plus courtes et beaucoup moins luxuriantes que des villosités.
Présence de l'œuf, quand il peut être retrouvé.	Pas trace d'œuf.
Epithélium pavimenteux.	Epithélium prismatique.

La distinction qu'il est possible d'établir entre les débris de l'avortement et ceux de la dysménorrhée indique qu'il ne s'agit pas dans le cas de dysménorrhée d'avortement à répétition, ainsi

que l'ont prétendu quelques auteurs. D'ailleurs, la régularité d'apparition des règles dans la dysménorrhée membraneuse, et son existence possible chez des vierges ou des femmes vouées au célibat, rend insoutenable cette opinion.

Retentissement général. — Les douleurs de la dysménorrhée rendent la femme triste, lui font rechercher le calme et la solitude. Le moindre motif est un sujet de colère; la dysménorrhée est la cause de bien des discussions conjugales.

Quand les douleurs sont suffisantes, l'appétit est diminué ou supprimé, la langue saburrale, l'haleine fétide; souvent il y a des nausées, voire même des vomissements.

On rencontre quelquefois du ténesme anal et vésical; certaines dysménorrhéiques ont de la diarrhée à chaque époque menstruelle, remplaçant la constipation habituelle.

Quelquefois le ventre devient assez douloureux pour faire croire à un début de péritonite ou de pelvi-péritonite. Mais le pouls reste calme et la température normale. Ces deux éléments sont d'un secours puissant pour le diagnostic dans les cas douteux et embarrassants.

Marche. — La dysménorrhée commence quelquefois avec la puberté, le mariage par la maternité la modifie ordinairement en bien; certaines femmes sont malheureusement, pendant toute leur vie génitale, vouées aux règles douloureuses, quelque traitement qu'on fasse, à moins qu'on ne mutile le système génital. Pour ces endolories de la menstruation, la vie génitale n'est qu'un martyre intermittent.

Le mariage ou la maternité sont souvent le point de départ de la dysménorrhée par l'intermédiaire des génitopathies dont ils sont la source. Le trouble menstruel est alors de durée variable, suivant la maladie génitale dans son évolution et ses vicissitudes.

L'*étiologie* nous montre la dysménorrhée sous deux aspects :

Tantôt liée à un état pathologique des organes génitaux ;

Tantôt avec un système génital intact semblant dépendre de l'impressionnabilité du système nerveux.

Malgré le reproche qu'on pourra me faire de retomber dans l'ancienne classification, j'appellerai la première *génitale,* la seconde *nerveuse.*

a. — CAUSE GÉNITALE

Utérus. — Trompe. — Ovaire. — Périmétrium.

Les affections utérines semblent agir de deux façons : les unes en altérant le tissu même de l'organe, muscle ou muqueuse ; les autres en rétrécissant le canal génital et en empêchant la sortie du sang.

Dans le premier cas, si la contraction utérine est douloureuse, c'est que l'organe même est malade. Dans le second, l'utérus par l'énergie de sa contraction est obligé de lutter contre l'obstacle qui s'oppose à la sortie du sang, ou des pseudo-membranes, sorte d'accouchement sanguin ou pseudo-membraneux.

L'endométrite, la métrite, les corps fibreux sont les sources habituelles de la première variété ; l'étroitesse et le rétrécissement des orifices utérins, les déviations utérines, les polypes fibreux ou muqueux, la cause la plus fréquente de la seconde.

On s'est demandé si la dysménorrhée pseudo-membraneuse n'était pas due à une cause spéciale, amenant le détachement partiel ou total de la muqueuse utérine, mais jusqu'à présent les recherches conduites en ce sens n'ont abouti à aucun résultat. Le détachement menstruel de la muqueuse utérine peut d'ailleurs avoir lieu sans dysménorrhée, nous avons vu que John Williams, d'après ses recherches, le considérait comme normal dans la menstruation ordinaire ; de telle sorte que ce symptôme auquel certains auteurs ont voulu attribuer une importance capitale dans l'histoire de la dysménorrhée est en quelque sorte un symptôme banal de la menstruation, quoique vraisemblablement plus fréquent dans la dysménorrhée ; seulement s'il est beaucoup plus remarqué avec la menstruation douloureuse, c'est que l'attention des femmes et des médecins étant appelée vers la fonction menstruelle pathologique, aucun des détails pathologiques de cette menstruation ne passe inaperçu.

De même que les affections utérines, les maladies de la trompe, tout en constituant un élément étiologique bien moins important, sont susceptibles de produire la dysménorrhée. — La salpingite catarrhale ou parenchymateuse joue dans la production des douleurs menstruelles un certain rôle, soit par l'excitation qu'elle produit par action réflexe du côté de l'utérus, soit par les contractions douloureuses dont elle peut être le siège (coliques salpingiennes).

De même que pour l'aménorrhée, l'ovaire joue un rôle actif dans la production de la dysménorrhée, aussi certains auteurs ont-ils proposé de faire une classe spéciale des dysménorrhées d'origine ovarienne. Toute lésion de l'ovaire, inflammation, tumeur, déplacement, toute cause de compression ou de gêne circulatoire, le varicocèle tubo-ovarien, agissent par action réflexe sur l'utérus en causant la menstruation douloureuse.

Dans toute dysménorrhée il faut donc explorer avec le plus grand soin les ovaires, car la cause des accidents remonte souvent à eux.

Toute maladie du paramétrium (phlegmon, tumeur, foyer hémorrhagique ou purulent, etc.), qui comprime et déplace les organes génitaux, peut être cause de dysménorrhée.

b. — CAUSE NERVEUSE

Certaines femmes ou jeunes filles avec un système génital irréprochable sont néanmoins atteintes de dysménorrhée.

Le système génital n'est pas d'ailleurs le seul à être ainsi douloureusement atteint malgré l'intégrité anatomique. Ne voit-on pas des palpitations avec un cœur normal, des gastralgies avec un estomac intègre, des névralgies diverses sans trace de lésion?

L'état douloureux a été en pareil cas attribué à l'impressionnabilité nerveuse, ou en d'autres termes à l'hystérie, dans laquelle on a rangé toutes ces détresses nerveuses.

Le fonctionnement normal de l'organisme est soumis, d'une part, à l'intégrité des organes, et d'autre part à l'état physiologique du système nerveux, qui est le régulateur et le conducteur de toute notre physiologie splanchnique ; la douleur qui est, en quelque sorte, la sonnette d'alarme de nos organes quand leur fonctionnement est compromis, peut dépendre de l'organe même ou du système nerveux.

C'est cette seconde cause que nous avons ici en vue et qui est la source de la dysménorrhée, alors que le système génital est intact.

Le TRAITEMENT variera essentiellement avec la cause, d'où, on le conçoit facilement, la nécessité d'un diagnostic étiologique aussi exact que possible.

1° *La cause est-elle génitale?* On soignera par des moyens appropriés la génitopathie constatée : métrite, déviation, fibrômes. Le

rétrécissement du canal génital, et en particulier des orifices externe et interne, regardé par quelques auteurs comme une cause très fréquente de dysménorrhée, devra être au contraire considéré comme rarement coupable des accidents ; la preuve, c'est qu'on voit nombre de femmes n'être pas soulagées par la dilatation de ces orifices ou par l'accouchement lui-même, qui donne cependant une dilatation aussi complète et radicale que possible. Cependant on ne peut rejeter complètement cette cause du cadre étiologique de la dysménorrhée, pas plus, ainsi que nous le verrons au chapitre suivant, que de celui de la stérilité. Il est donc des cas où il sera bon de pratiquer la dilatation des orifices utérins.

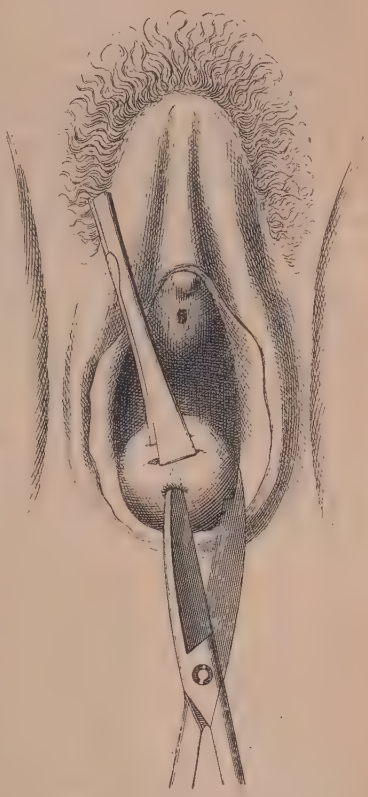


Fig. 500. — Section du col dans la sténose de l'orifice externe.

Celle de l'orifice externe sera pratiquée de préférence par la méthode sanglante, avec des ciseaux, sans anesthésie préalable, à moins d'une grande impressionnabilité du sujet ; on sectionnera l'orifice à droite et à gauche avec des ciseaux ordinaires, en ayant soin de maintenir le col avec des pinces de Museux pour qu'il ne fuie pas sous l'action de l'instrument coupant (fig. 500). La petite plaie sera de chaque côté pansée avec de la gaze iodoformée. Si elle saignait trop abondamment, on en toucherait la surface au thermocautère.

S'il s'agit de l'orifice interne, la méthode non sanglante est préférable ; on pratiquera la dilatation soit à l'aide d'une tige de laminaire laissée douze à vingt-quatre heures en place, soit à l'aide des bougies métalliques de Hegar passées en une ou plusieurs séances.

2° Quand la dysménorrhée n'est pas de cause génitale, mais *dépend du système nerveux*, on emploiera comme *palliatifs* au moment même des crises douloureuses :

Les opiacés (morphine, opium) ;

Le chloral ;

Le viburnum prunifolium (teinture à $\frac{1}{2}$), de 20 à 100 gouttes par vingt-quatre heures. L'action de ce médicament est très efficace sur certains organismes, et n'a pas, comme les opiacés, l'inconvénient de l'accoutumance et de la constipation.

Le traitement *curatif* sera général et local.

Général : Hydrothérapie ;
Bromure de potassium ;
Régime tonique et reconstituant.

Local. . : *Electricité faradique*, de préférence en appliquant un pôle sur les lombes, et l'autre à l'hypogastre ;
Massage de l'utérus et des annexes.

Enfin, quand tout traitement échoue et que les douleurs sont assez intenses pour rendre la vie insupportable et donnent parfois des idées de suicide, le gynécologue sera autorisé à conseiller et à pratiquer la castration[1] ; mais cette thérapeutique radicale devra être réservée à des cas très exceptionnels.

V

SYNTHÈSE DES TROUBLES MENSTRUELS

Dans l'étude des troubles menstruels que nous venons de faire, et qui se résument à trois principaux : aménorrhée, métrorrhagie, dysménorrhée, nous avons vu, après la définition et les symptômes de chacun d'eux, les causes nombreuses qui peuvent les amener.

Pour l'aménorrhée et la métrorrhagie, il existe cinq ordres de causes :

1° Causes génitales ;
2° Causes organiques non génitales ;
3° Causes nerveuses ou psychiques ;
4° Causes extérieures ;
5° Causes introuvables.

Pour la dysménorrhée, au lieu de cinq ordres de causes, il n'en

[1] Le Manuel opératoire a été exposé à propos des tumeurs génitales.

existe que deux, les première et troisième du groupe précédent, à savoir :

1° Les causes génitales ;
2° Les causes nerveuses.

Le diagnostic de ces différents troubles est facile en lui-même, mais souvent difficile quant à la cause ; ce dernier diagnostic doit cependant être établi avec le plus grand soin, car il sert de base au traitement.

Le traitement sera donc essentiellement étiologique ; dans les cas seulement où la cause sera incurable ou introuvable on remédiera au trouble menstruel lui-même par des moyens appropriés, par un traitement destiné à fortifier l'organisme et le système nerveux, et enfin dans des cas exceptionnels, notamment pour la métrorrhagie et la dysménorrhée, on pourra être amené à une intervention chirurgicale qui, en enlevant soit l'ovaire, soit l'utérus, tarira la source du mal.

CHAPITRE XIV

STÉRILITÉ

SOMMAIRE

I. *Généralités.*
De la fécondation.
De la stérilité en général.

II. *Causes féminines.*
1. Vulve : Malformations. — Vulvite et éruptions. — Tumeurs.
2. Vagin : Malformations. — Vaginite. — Tumeurs.
3. Utérus : Métrite et endométrite. — Déviation. — Ectopie. — Malformations. — Sténose et atrésie du canal utérin. — Déformations du col. — Tumeurs. — Ecoulements utérins.
4. Trompe : Salpingite. — Déviation. — Malformations. — Tumeurs.
5. Ovaire : Ovarite. — Déplacement. — Malformations. — Tumeurs. — Menstruation et fécondation.
6. Perigenitalia : Pelvipéritonite, — Tumeurs périgénitales.
7. Surmenage génital.

III. *Causes masculines.*
1. Testicule : Anomalie.
2. — Atrophie.
3. — Tumeur.
4. Canal déférent : Maladies.
5. Vésicules séminales : Maladies.
6. Maladies et malformations de la prostate et de l'urètre.
7. Spermatorrhée.
8. Etats pathologiques du sperme.
9. Excès sexuels.
10. Maladies générales. — Influences diverses.
11. Actions médicamenteuses.
12. Vices de conformation des organes génitaux.
13. Anomalies de l'éjaculation.
14. Age.

IV. *Causes coïtales.*
1. Erreurs du coït.
2. Impuissance.
a. *Masculine.*
Par défaut d'énergie. — Par perversion d'énergie. — Par excès d'énergie. — Par troubles de l'appareil digestif. — Par l'alimentation. — Par obésité et maigreur. — Par intoxication. — Par exercice et surmenage. — D'origine nerveuse. — Par abus de l'organe intellectuel. — Par excès sexuels. — Par maladie de l'appareil génito-urinaire. — Impuissance fantôme.
b. *Féminine.*
Origine morale : Frigidité. Coïtophobie.
Origine physique : Vaginisme.

V. *Causes générales.*
Maladies générales. — Maladies du système nerveux. — Hygiène et alimentation. — Gémellité. — Consanguinité et hérédité. — Age. — Volonté. — Stérilité énigme.

VI. *Résumé des diagnostic et traitement.*
Diagnostic.
Fécondation artificielle : Indications. Manuel opératoire.

STÉRILITÉ

I

GÉNÉRALITÉS

Une cellule, le *spermatozoïde*, composée d'une tête (noyau), d'un segment intermédiaire (protoplasma) et d'une queue (cil vibratile), est sécrétée par le testicule (fig. 501).

Du testicule elle chemine à travers les canaux efférents, l'épididyme, le canal déférent jusque dans la vésicule séminale (fig. 502).

Dans cette vésicule elle repose, attendant l'acte copulateur qui va brusquement la déposer au fond du vagin.

Ejaculée à l'entrée de l'utérus, elle opère l'ascension de cette cavité, arrive aux trompes et continue son chemin dans la direction de l'ovaire[1] (fig. 503).

Dans le tiers externe de la trompe, elle rencontre une autre cellule, l'*ovule*, produit de l'ovaire, et composée d'une membrane vitelline, d'un vitellus, d'une vésicule germinative et d'une tache germinative (fig. 504).

Fig. 501. — Spermatozoïde.

Les deux cellules mâle et femelle se réunissent, se fusionnent,

[1] Le plan, les idées et plusieurs passages de ce chapitre sur la stérilité sont empruntés à l'article publié par M. Iomileff dans les *Archives de tocologie*, février à mai 1891; ayant largement collaboré à cet article et beaucoup des idées qui y sont exposées étant miennes, M. Iomileff a bien voulu me permettre ces emprunts à son intéressant article.

puis viennent se fixer dans l'utérus, où leur développement ultérieur va donner naissance à un nouvel être, qui au bout de neuf mois sera expulsé vivant et viable, hors des organes maternels, au moment de l'accouchement.

Cette rencontre, ce mariage cellulaire, et le développement qui en résulte, constituent le phénomène de la *fécondation*.

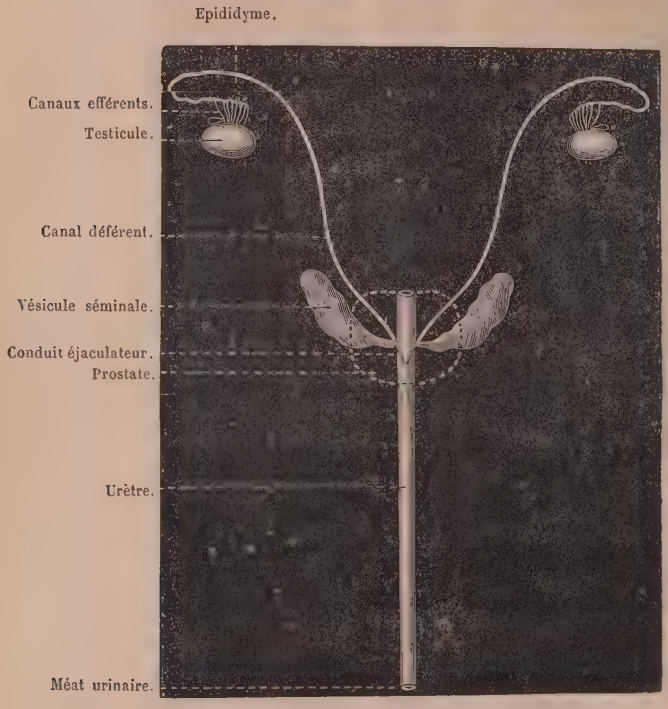


Fig. 502. — Appareil génital mâle.

C'est donc sur la fécondation que repose la perpétuation de l'espèce humaine ; or, quand la fécondation devient impossible, on dit qu'il y a *stérilité*.

La stérilité ne nous intéresse ici qu'au point de vue étiologique, car en connaissant la cause qui empêche la fécondation, nous saurons s'il y a possibilité de lui opposer un remède efficace ; aussi, laissant de côté toute étude statistique sur la question, nous bornerons-nous à l'exposé des causes et de la thérapeutique qu'on peut leur opposer.

Mais cette étude étiologique ne sera abordée avec fruit qu'après

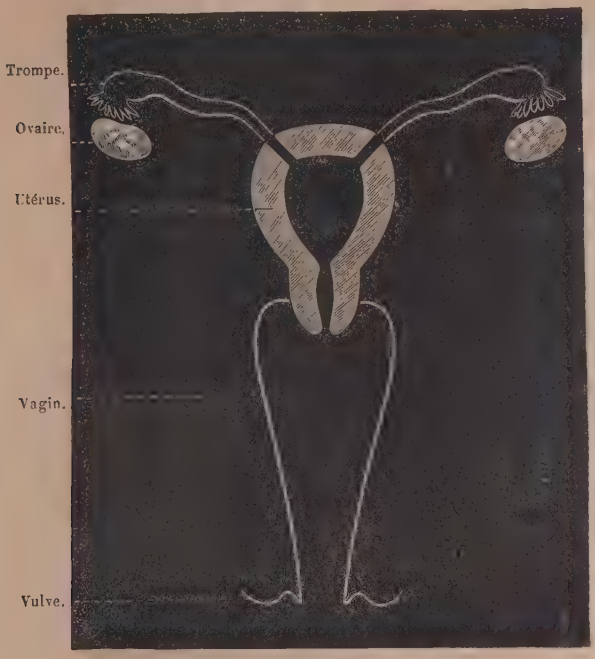


Fig. 503. — Appareil génital fémelle.

avoir fait plus ample connaissance avec la physiologie même de la

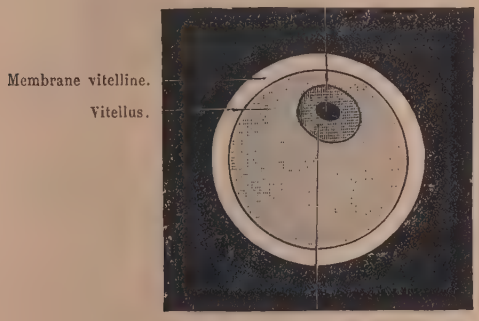


Fig. 504. — Ovule.

fécondation. Les anomalies ne peuvent être comprises que quand on connaît l'état normal.

Intégrité des cellules initiales mâle et femelle,
Coït normal,
Rencontre des cellules initiales,
tel est le trépied sur lequel repose la fécondation.

L'intégrité des cellules initiales dépend de l'intégrité même des glandes qui président à leur formation, c'est-à-dire le testicule et l'ovaire, ainsi que de leurs canaux excréteurs.

Le coït consiste dans la pénétration du membre viril en érection dans l'intérieur du vagin, de telle sorte que le gland arrive au contact du col, et dans l'éjaculation du sperme à l'entrée de l'utérus. Le coït est un acte normalement voluptueux, volupté indispensable pour l'érection et l'éjaculation du mâle, et favorable chez la femelle pour l'inviter à la reproduction.

Le spermatozoïde est déposé à l'entrée de l'utérus, tandis que l'ovule est sécrété à la surface de l'ovaire ; la rencontre a lieu dans le tiers externe de la trompe, puis l'ovule fécondé va se fixer dans l'utérus. Nous avons donc à étudier :

a. L'ascension du spermatozoïde jusqu'à la partie supérieure de la trompe ;

b. La descente de l'ovule jusqu'à la cavité utérine.

On a invoqué, pour expliquer l'ascension du *spermatozoïde*, quatre théories :

1° *Théorie de la capillarité* (Coste, Liégeois).—Les spermatozoïdes s'élèveraient dans la cavité utérine comme dans un tube capillaire. Les lois de la capillarité pourraient également expliquer comment des spermatozoïdes déposés à la vulve peuvent remonter le vagin, dont les parois accolées l'une à l'autre rendent virtuelle la lumière de ce canal dans les conditions physiologiques.

2° *Théorie des cils vibratiles* (Muller).— Les cils vibratiles, qui existent au sommet de l'arbre de vie, dirigeraient par leurs mouvements le sperme vers le fond de l'utérus.

3° *Théorie de l'aspiration* (Riolan, Morgagni).— L'utérus, en se distendant à la fin du coït, exercerait une aspiration sur le sperme déposé à son orifice et l'avalerait en quelque sorte.

4° *Théorie spermatique* (Henle). — Jusqu'ici nous avons vu le spermatozoïde passif, avec la théorie actuelle il deviendrait actif et progresserait dans l'intérieur du canal génital grâce à ses propres mouvements.

Chacune de ces quatre théories semble renfermer une partie de la vérité, et aucune d'elles ne saurait être admise à l'exclusion de l'autre : la capillarité, les cils vibratiles, l'aspiration, les mouvements des spermatozoïdes semblent avoir leur part dans l'ascension des cellules mâles vers l'ovule.

Nous arrivons à l'*ovule* et trouvons cinq théories pour expliquer sa migration de la surface de l'ovaire dans l'utérus.

Dans la trompe tapissée à l'intérieur de cils vibratiles, la progres-

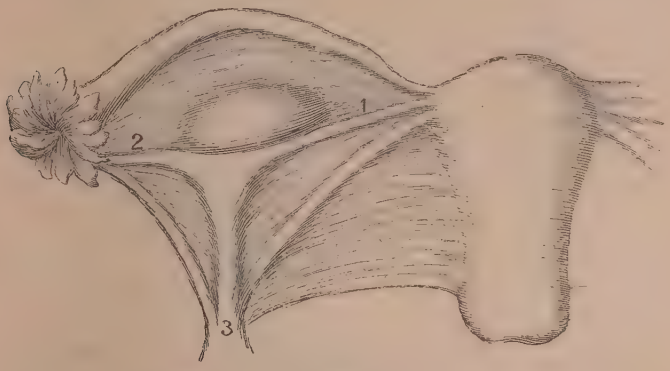


Fig. 505. — Appareil ligamenteux de l'ovaire.

1. Ligament de l'ovaire. — 2. Ligament de la trompe. — 3. Ligament rond postérieur avec ses 3 branches externe, médiane et interne.

sion de l'ovule est facile à comprendre, mais la difficulté est de montrer comment l'ovule va de l'ovaire au pavillon de la trompe ; la route est courte à franchir, mais comme il n'y a aucune voie directrice, la migration de l'ovule est difficile à concevoir.

Examinons les théories invoquées :

1° *Théorie de l'emboîtement* (Haller, Rouget). — Au moment des règles, c'est-à-dire de la ponte ovulaire, le ligament rond postérieur, représenté par la figure 505, amènerait par sa contraction l'adaptation du pavillon tubaire sur la surface ovarienne : l'ovule tomberait ainsi tout naturellement dans la trompe. Cette théorie n'est malheureusement qu'une hypothèse, qui ne repose sur aucune observation sérieuse.

2° *Théorie de la projection* (Kehrer). — La vésicule de de Graaf en éclatant projeterait l'ovule vers le pavillon de la trompe. Explication de pure fantaisie.

3° *Théorie de la gouttière* (Henle). — Le ligament de la trompe, tendu entre l'ovaire et la trompe, formerait une gouttière, dans laquelle l'ovule glisserait de l'un à l'autre ; mais l'anatomie ne nous montre pas la gouttière en question.

4° *Théorie de la migration accidentelle* (Kiwisch). — Ne trouvant aucune théorie satisfaisante, Kiwisch a admis la migration accidentelle de l'ovule. Un acte physiologique ne saurait être un accident, aussi cette explication est-elle inacceptable.

5° *Théorie du lac menstruel* (Becker). — Au moment de la ponte ovulaire, il se fait autour de l'ovaire une sécrétion séreuse, formant un véritable lac, dont le trop-plein s'échappe par la trompe. L'ovule perdu dans ce lac est entraîné comme une épave, et arrive avec le liquide à s'échapper par la trompe. Bien que cette théorie ne soit pas basée sur des preuves indiscutables, elle est, parmi toutes celles qui ont été énoncées, la plus satisfaisante pour l'esprit ; aussi l'admettrons-nous faute de meilleure.

L'ovule, après avoir pénétré dans la trompe, rencontre les spermatozoïdes, et la fécondation se produit. L'ovule fécondé arrive

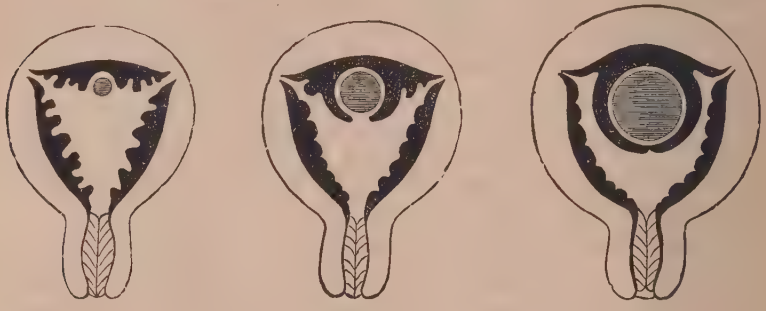


Fig. 506. Fig. 507. Fig. 508.

Fixation et développement de l'ovule fécondé dans la cavité utérine.

dans l'utérus et se fixe dans un repli de la muqueuse, ainsi que l'indiquent les figures 506, 507 et 508.

Renseignés sur les phénomènes intimes de la conception, nous pouvons aborder les causes de la stérilité, que nous étudierons dans l'ordre suivant :

Causes féminines ;
Causes masculines ;
Causes coïtales ;
Causes vagues.

Dans un dernier chapitre je résumerai le diagnostic de ces causes, ainsi que le traitement à leur appliquer et examinerai la question de la fécondation artificielle.

II

CAUSES FÉMININES

1. — VULVE

Malformations.

Toute vulve qui ne permet pas l'introduction du membre viril dans le vagin peut être cause de stérilité ; je dis *peut*, car il existe quelques cas où la grossesse a été la conséquence d'une simple éjaculation à la vulve; les spermatozoïdes remontent alors le vagin pour arriver à l'utérus et à la trompe.

Une femme est donc capable de concevoir tout en restant vierge au point de vue de l'hymen dont l'ouverture n'a pas été franchie. Zinnstag [1] a même rapporté un cas où une femme enceinte avait une imperforation complète de l'hymen; dans ce fait, la grossesse n'est explicable qu'en admettant un petit pertuis hyménéal au moment de la conception, pertuis obturé par la suite grâce à une inflammation adhésive.

Les malformations où il y a abouchement anormal du rectum dans le vagin, ou du vagin dans le rectum, bien qu'entraînant d'habitude la stérilité, ne sont pas incompatibles avec la fécondation, alors que la conformation des parties permet la pénétration du pénis jusqu'au voisinage de l'orifice utérin.

Vulvite et éruptions.

La vulvite, qui chez la femme est le plus ordinairement de nature blennorrhagique et les éruptions vulvaires tels qu'herpès, chancre mou, syphilis, eczéma, lupus, ne causent en général la stérilité qu'autant qu'elles empêchent l'introduction pénienne ; si le coït s'effectue normalement, le plus souvent la conception aura lieu,

[1] *Cent. f. Gyn.*, 1888, p. 219.

sauf avec la syphilis où l'influence de la maladie, soit sur les ovaires, soit sur l'état général, devient la cause de la stérilité.

Tumeurs.

Les tumeurs vulvaires (végétations, œdème, hernies, kystes, éléphantiasis, cancer) ne sont également causes de stérilité que quand elles constituent un impédimentum au coït.

2. — VAGIN

Malformations.

Les principales malformations du vagin sont la bifidité, l'obstruction incomplète ou complète par un diaphragme membraneux.

La bifidité n'est pas une cause de stérilité, car chaque vagin se termine en général par un utérus normal et permettant la conception.

L'obstruction complète entraîne naturellement la stérilité, mais il n'en est pas de même de l'obstruction incomplète, qui, bien que gênant la conception dans la majorité des cas, permet cependant quelquefois à la grossesse de se produire.

Le traitement des malformations vulvaires ou vaginales consistera à rétablir soit par la simple dilatation, soit par une opération, la perméabilité vulvo-vaginale, et à faciliter ainsi au pénis l'accès du col utérin.

Vaginite.

La vaginite peut être une cause de stérilité, en empêchant l'union sexuelle, et en exagérant l'acidité vaginale ; mais cette influence n'est que passagère comme la maladie elle-même.

Tumeurs.

Les tumeurs du vagin, kyste, polype, cancer, mettent obstacle à la fécondation, car elles arrêtent le pénis dans sa pénétration ; l'obstacle n'est donc que relatif et permet souvent la conception.

3. — UTÉRUS

Métrite et endométrite.

La femme dont l'utérus est enflammé conçoit difficilement. Quand elle conçoit, l'avortement est fréquent. Cependant de temps à autre

on voit, contre toute attente, une femme atteinte de métrite ancienne, avec gros col en ectropion, devenir enceinte; ces faits imposent une grande réserve au pronostic.

La métro-endométrite est susceptible d'amener la stérilité par un triple mécanisme :

Tantôt l'écoulement muco-purulent encombre l'utérus et empêche l'ascension du spermatozoïde, bouchon naturel opposé à la conception.

Tantôt la surface utérine, blindée par du mucus en excès, est inhospitalière à l'ovule fécondé qui glisse sans se fixer.

Tantôt enfin, acidifiant le milieu, l'inflammation tue le spermatozoïde qui ne peut vivre qu'en atmosphère alcaline.

Ajoutez à cela que l'utérus enflammé devient intolérant, et qu'il expulse volontiers l'ovule fécondé qui se développe dans son intérieur ; cette intolérance qu'on observe parfois sans inflammation, est plutôt, il est vrai, une cause d'avortement que de stérilité ; la conception a lieu, mais la grossesse est bientôt interrompue.

Déviations utérines.

Flexion, version, prolapsus constituent les trois variétés de déviations utérines.

La flexion pliant le corps sur le col ferme l'isthme; les spermatozoïdes sont arrêtés à ce niveau. Pour permettre la fécondation, dilatez la cavité utérine, surtout au niveau de l'isthme, ou remettez l'utérus en place, ou pratiquez la fécondation artificielle.

La version agit tout différemment; le canal utérin reste perméable et la voie facile aux spermatozoïdes, mais l'embouchure utérine par le fait du basculement de l'organe, est déviée ; elle se trouve éloignée du foyer de l'éjaculation, se dissimulant soit dans le cul-de-sac postérieur (antéversion), soit dans l'antérieur (rétroversion), soit dans un des latéraux (latéroversion), de telle sorte que le pénis, s'insinuant à côté du col dévié, pénètre dans le cul-de-sac laissé libre et crée ainsi une fausse route vaginale, pied-à-terre habituel du mari (Pajot). Pour remédier à cette discordance, on a conseillé :

Dans l'antéversion, de ne permettre le coït que six heures environ après une miction, la distension de la vessie devant redresser l'utérus ;

Dans la rétroversion, de constiper la femme de manière à relever l'utérus par la distension rectale.

Et enfin, dans le cas de latéroversion, de faire pratiquer le coït, la femme étant couchée sur le côté voulu pour corriger la déviation utérine.

J'ignore si ces moyens constituent un remède efficace à cette cause de stérilité; on pourra toujours les essayer vu leur bénignité. En cas d'insuccès, le redressement à l'aide d'un pessaire ou d'une opération appropriée, au besoin la fécondation artificielle, pourraient être tentés.

Contrairement à ce que la théorie pourrait faire supposer, la plus grave des déviations, le prolapsus, est celle qui expose le moins à la stérilité. Le pénis, en effet, au moment du coït, tout en accomplissant son œuvre fécondante, remet l'utérus en place; il remédie à la déviation juste le temps nécessaire pour permettre la conception, aussi voit-on des femmes, même atteintes d'un prolapsus accentué, concevoir sans difficulté.

Ectopie utérine.

L'ectopie de l'utérus est constituée par un déplacement de l'organe parallèlement à lui-même, déplacement amené par la rétraction de ligaments ou de brides cicatricielles. L'utérus ainsi dévié se dérobe en quelque sorte à l'éjaculation, le pénis l'atteint difficilement; de plus, l'utérus, souvent fixé en pareil cas, ne présente plus la mobilité de l'organe nécessaire à un coït normal, mobilité qui permet au col le contact mouvementé du gland, et l'accolement des deux organes au moment de l'éjaculation. Rendre à l'utérus sa liberté et sa position normales par le massage constitue le meilleur mode de traitement.

Malformations.

La bifidité utérine est en général compatible avec la conception; il n'en est pas de même de l'atrophie congénitale ou acquise, qui peut être :

Soit généralisée;
Soit limitée au corps de l'utérus;
Soit limitée au col.

L'utérus est alors rudimentaire, impropre au développement de l'œuf fécondé; cette atrophie, d'ailleurs, coïncide le plus souvent avec celle de tous les organes génitaux profonds, dont le fonction-

nement ne se fait plus dans des conditions normales. Ce sont des organes d'enfant, impropres à la reproduction génitale, transplantés chez un adulte; c'est de l'infantilisme génital. Le remède consistera à favoriser le développement des organes génitaux par des excitants locaux, parmi lesquels l'électricité faradique occupe la première place.

Sténose et atrésie du canal utérin.

Pour que la fécondation se fasse, il faut, ainsi qu'il a été dit, que les spermatozoïdes remontent le canal génital de l'orifice externe de l'utérus jusqu'à la partie externe de la trompe; qu'un rétrécissement survienne à l'orifice externe de l'utérus, à l'isthme, à l'orifice utérin de la trompe, et la stérilité en résultera.

Le rétrécissement de l'orifice tubaire peut être soupçonné, mais non démontré sur le vivant; il n'en est pas de même du rétrécissement des deux orifices utérins que nous sommes à même de mesurer avec un hystéromètre; quand une tige de deux millimètres de diamètre ne peut franchir ces orifices, le rétrécissement semble exister et devoir suffire à empêcher la conception.

Ce rétrécissement est tantôt réel et résulte de la sténose des bords de l'orifice, tantôt apparent et causé par la flexion de l'utérus, la présence d'une tumeur ou d'un corps étranger.

Le rétrécissement peut aboutir à une oblitération complète et se compliquer d'hématométrie.

Le traitement consistera à combattre la cause même de la sténose, en ditatant, soit avec la laminaire ou un instrument, soit en débridant s'il s'agit de l'orifice externe. Une tumeur ou un corps étranger seront extirpés si possible.

Déformations du col.

La physiologie du col dans la fécondation nous est encore mal connue; il serait donc téméraire de dire comment ses viciations de forme peuvent amener la stérilité.

Toutefois, ce que la théorie ne nous explique pas encore nous est ici démontré par la clinique; nous savons, en effet, que les femmes conçoivent difficilement alors que le col présente une des déformations suivantes :

Col en éteignoir (fig. 509).
Col en toupie (fig. 510).
Col en trompe d'éléphant (fig. 511).
Col en porte-manteau (fig. 512).
Col tapiroïde (fig. 513).

Fig. 509.
Col en éteignoir.

Fig. 510.
Col en toupie.

Fig. 511.
Col en trompe d'éléphant.

Fig. 512.
Col recourbé en porte-manteau.

Fig. 513.
Col tapiroïde.

On remédiera à ces déformations par une opération plastique restituant l'organe dans sa forme normale.

Tumeurs utérines.

Les deux principales tumeurs de l'utérus sont : le fibrôme et le cancer.

Le *fibrôme* n'est qu'une cause relative de stérilité; nombre de femmes, en effet, deviennent enceintes malgré l'existence de ces

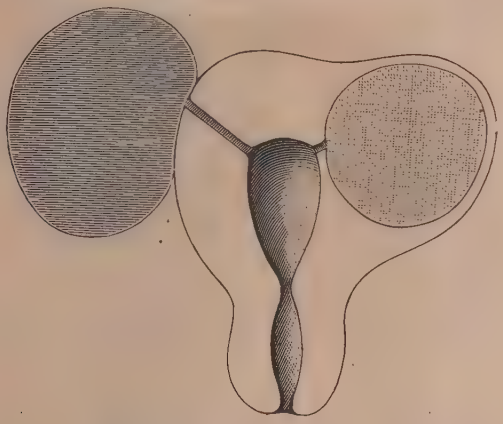


Fig. 514. — Occlusion de deux trompes par des fibrômes.

tumeurs, et une dystocie plus ou moins grave en est souvent la conséquence.

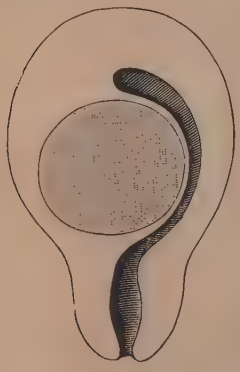


Fig. 515. — Occlusion de la cavité corporéale par un fibrôme.

Fig. 516. — Occlusion du canal cervical.

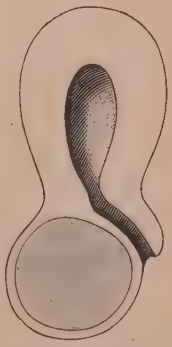


Fig. 517. — Déplacement de l'orifice utérin par un fibrôme.

C'est le siège même de la tumeur beaucoup plus que son volume, qui créera une prédisposition à la stérilité. Parmi les variétés les plus aptes à empêcher la fécondation, je citerai :

Fig. 514. Le fibrôme obstruant par compression le canal tubaire.
Fig. 515. Le fibrôme envahissant la cavité corporéale.
Fig. 516. Le fibrôme intra-cervical, faisant bouchon à ce niveau.
Fig. 517. Le fibrôme interstitiel du col, déplaçant l'orifice utérin.

Fig. 518. — Déplacement de l'utérus par un fibrôme rétro-utérin.

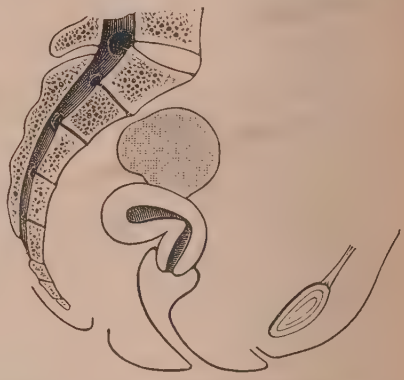


Fig. 519. — Déviation utérine, par fibrôme implanté sur la face antérieure de l'utérus.

Fig. 518. Le fibrôme siégeant à la face externe de l'utérus et amenant un déplacement en totalité de l'organe.

Fig. 519. Le fibrôme, qui engendre ou entretient une flexion utérine; l'isthme se trouve rétréci par cette flexion.

D'une façon générale, le fibrôme peut mettre obstacle à la fécondation par un triple mécanisme:

Soit en s'opposant au coït, alors qu'il déprime le vagin,

Soit en obviant à la rencontre de l'ovule et des spermatozoïdes,

Soit en s'opposant à la germination, l'ovule étant empêché de se fixer dans la cavité utérine pour s'y développer.

Il y a donc, suivant les circonstances, impossibilité du coït, de conception, ou de grossesse.

Le *cancer* débute tantôt par le corps, tantôt par le col de l'utérus; ce dernier cas est la règle.

Le cancer du corps a une marche rapide; il altère promptement l'utérus et semble ne pas permettre le développement d'une grossesse; il n'en est pas de même du cancer du col, quelle que soit la forme qu'il revête, ulcérante, infiltrante ou végétante. On observe assez souvent la grossesse avec ces diverses formes, susceptibles

d'amener un obstacle plus ou moins marqué au moment de l'accouchement, parfois tel qu'il oblige à l'opération césarienne. Le cancer du col paraît diminuer les chances de fécondation, mais il ne les enlève pas toutes, ce qui serait à souhaiter en pareille circonstance.

Écoulements utérins.

Les règles sont la pluie alcaline, qui, mensuellement, vient laver la surface génitale et la préparer à la réception des spermatozoïdes et à la fécondation.

A l'état normal, en dehors des règles, la sécrétion génitale est insensible; le liquide sécrété par l'utérus, le vagin ou la vulve, humidifie légèrement ces diverses parties, mais il n'y a pas écoulement de liquide au dehors; un linge placé au contact de la vulve reste sec.

Le mucus fourni par le corps de l'utérus est alcalin, transparent, légèrement visqueux; celui du col est aussi alcalin, fortement visqueux, gélatineux, également transparent; il adhère solidement au museau de tanche; dans l'exploration au spéculum, on éprouve toujours de grandes difficultés à enlever ce mucus, qui semble en quelque sorte se jouer du gynécologue, impuissant à le saisir et à le détacher.

La sécrétion vaginale, légèrement acide et différant à cet égard de celle de l'utérus, est ordinairement claire ou laiteuse : elle ne présente aucune trace de viscosité.

A la simple consistance du liquide qui s'échappe par l'orifice vulvo-vaginal, on peut donc diagnostiquer la provenance.

Viscosité.	Origine utérine.
Fluidité	— vaginale.

Il n'est évidemment question ici ni d'écoulement purulent ni sanguin.

A la vulve se trouvent des glandes sébacées et sudoripares, dont le produit, venant se mélanger aux débris épithéliaux, s'accumule dans le sillon vulvaire sous forme de *smegma*. Les glandes de Bartholin, satellites de l'orifice vulvo-vaginal, ne fonctionnent activement qu'au moment du coït; ce sont des glandes sexuelles, dont le mucus vient lubrifier l'orifice vulvo-vaginal et le membre viril pendant l'union sexuelle.

Ces sécrétions éminemment aptes et nécessaires au fonctionne-

ment normal des organes génitaux et, par conséquent, à la conception, deviennent, par leur altération en *quantité* ou en *qualité*, l'origine de troubles divers et la cause possible de la stérilité.

Par sa *quantité*, le mucus gélatineux du col, accumulé dans le canal cervical, peut constituer une barrière infranchissable aux spermatozoïdes; venus à la porte de l'utérus, il leur est impossible de pénétrer. Schultze a observé le cas d'une femme qui, pendant les treize premières années de son mariage, resta stérile, et qui devint enceinte à la suite du simple enlèvement momentané du mucus cervical. Cet obstacle est naturellement plus marqué chez les nullipares que chez les multipares.

La qualité des sécrétions vaginales joue encore un rôle plus important au point de vue de la fécondité.

Les acides tuent promptement les spermatozoïdes, après avoir passagèrement excité leurs mouvements; les bases sont au contraire favorables à leur vitalité. Virchow a démontré qu'une solution de potasse à 1/5000e leur constituait un milieu très propice.

Or, nous savons que le vagin est acide, tandis que l'utérus est alcalin; le séjour dans l'utérus est donc favorable aux spermatozoïdes, celui du vagin ne peut que leur être nuisible. Le séjour dans le vagin n'est, il est vrai, que momentané; de plus, le sperme, y étant versé en quantité suffisante, neutralise le liquide qui l'entoure et se protège lui-même; mais que la quantité de sperme soit trop faible ou le mucus vaginal trop abondant ou trop acide, cette action pourra devenir réellement nuisible et l'infécondité en résulter; les spermatozoïdes sont, en quelque sorte, noyés et submergés dans ce liquide délétère.

L'inflammation, quelle qu'en soit la nature, modifie le milieu utérin, et d'alcalin le rend acide; dès lors, le spermatozoïde ne peut plus y vivre; l'inflammation tue ainsi le spermatozoïde et crée la stérilité. En pareil cas, guérissez l'endométrite, si vous voulez permettre la conception.

Kish a vérifié l'assertion qui précède en prenant du mucus utérin pathologique peu de temps après le coït; le microscope y révélait de multiples cadavres de spermatozoïdes; ces éléments mâles avaient été tués dès leur entrée dans l'utérus; l'acidité les avait anéantis.

Toute suppuration est contraire à la vie des spermatozoïdes; la purulence des voies génitales équivaut à la stérilité; le globule de pus est l'ennemi du spermatozoïde.

Par contre, le globule sanguin n'exerce sur lui aucune action fâcheuse; qu'une femme coïte pendant l'écoulement menstruel, la grossesse pourra fort bien en être le résultat, témoin l'exemple de Catherine de Médicis qui, restée longtemps stérile, devint enceinte, quand Henri II, sur le conseil de Fernel, essaya de la féconder au moment même de la menstruation; cette conception fut d'ailleurs suivie de plusieurs autres, grâce à la même précaution.

Chez les animaux, le rut qui, à certains égards, est l'analogue des règles, est le moment éminemment propice à la conception; la fécondation semble même ne pouvoir se faire en dehors de cette époque, qui est en quelque sorte l'invite de la nature à la reproduction, et que le mâle ne doit pas laisser passer.

Le sang est alcalin; on comprend que son influence sur les spermatozoïdes ne puisse être que salutaire.

Certaines sécrétions semblent *à priori* très aptes à tuer les spermatozoïdes, tel l'ichor cancéreux; il n'en est rien, les femmes, au début d'un cancer utérin, conçoivent sans difficulté.

Il n'est pas impossible qu'avec des sécrétions d'apparence normale, la réaction soit pathologique, le contenu utérin devenant neutre, voire même acide, et que la stérilité soit due uniquement à cette réaction vicieuse. Aussi sera-t-il bon, dans le cas de stérilité à cause ignorée, quand les moyens ordinaires auront échoué, de tenter des injections vaginales alcalines, et de faire des applications intra-utérines de topiques alcalins. On prépare ainsi un milieu favorable aux spermatozoïdes.

4. — TROMPES.

Salpingites.

Une trompe kystique, par là même obturée, est impropre à la reproduction, et la femme dont les deux trompes sont kystiques est forcément stérile.

La salpingite non kystique, c'est-à-dire respectant la perméabilité tubaire, tantôt permettra la conception, tantôt la gênera ou l'empêchera. Une inflammation légère ne mettra pas obstacle au rendez-vous de l'ovule et du spermatozoïde, tandis qu'une suppuration aboutira à ce résultat, en obturant la voie au spermatozoïde, ou en le tuant par son contact acide.

Les trompes, au point de vue de la conception, sont heureu-

sement au nombre de deux, de telle sorte qu'avec une trompe très malade une femme ne sera pas perdue pour la reproduction, pourvu que l'autre reste à peu près saine.

Toute cause de salpingite prédispose naturellement à la stérilité et parmi elles il convient de mentionner spécialement la septicémie puerpérale et la blennorrhagie.

Déviations des trompes.

La déviation des trompes se produit dans des circonstances très diverses : déplacement des ovaires, tumeurs des trompes ou du voisinage, déviation utérine, inflammation périutérine. Ces déviations se rencontrent chez certaines femmes stériles, mais il est difficile de fixer leur importance pathogène.

Malformations des trompes.

Le rôle de ces malformations est mal connu, et comme il ne peut être déterminé sur le vivant à moins d'une laparotomie, la thérapeutique de la stérilité n'y perd aucun avantage.

Tumeurs des trompes.

Ces tumeurs, qui ont été étudiées à un autre chapitre, seront susceptibles de produire la stérilité à la condition :

Que la tumeur soit bilatérale ;

Que le canal tubaire soit obturé.

La laparotomie seule, si elle permet d'enlever la tumeur tout en respectant la trompe, pourra guérir la femme de la stérilité.

5. — OVAIRES

Ovarite.

L'ovarite altère les vésicules de de Graaf et l'ovule qui y est contenu, elle prédispose donc à la stérilité, moins sûrement toutefois que l'orchi-épidydymite chez l'homme ; on voit en effet des femmes concevoir malgré une double ovarite, tandis que la stérilité est la règle après la double inflammation des testicules.

Déplacement des ovaires.

L'ovaire, grâce à sa situation et à son mode de fixation, est très sujet à se déplacer. Les déplacements sont rares en avant, fréquents

en arrière dans la direction du cul-de-sac de Douglas. Le pavillon de la trompe suit le plus souvent l'ovaire dans ses déplacements, relié à lui par le ligament tubo-ovarien. Aussi la physiologie de l'ovaire semble-t-elle peu entravée par ces changements de position, à la condition qu'il n'existe pas d'état pathologique concomitant. Il est rare que la stérilité dépende d'un simple déplacement de l'ovaire.

Malformations des ovaires.

L'absence des ovaires entraîne forcément la stérilité; l'atrophie congénitale ou acquise permettra ou non la conception, suivant qu'elle est plus ou moins accentuée. La connaissance de cette cause est d'ailleurs de faible intérêt pratique, étant donnée l'impuissance de la thérapeutique en pareil cas.

Tumeurs des ovaires.

Le cancer, le sarcome et la tuberculose de l'ovaire sont rarement compatibles avec la conception, il n'en est pas de même des kystes de l'ovaire au début; ces kystes laissent ordinairement une partie de l'ovaire intact et capable de fonctionner, de telle sorte que, même avec un kyste bilatéral, on voit parfois la femme devenir enceinte.

Menstruation et fécondation.

La menstruation est constituée par l'union intime de deux phénomènes :

La ponte ovulaire;

L'écoulement sanguin.

Ces deux phénomènes peuvent être dissociés et se produire l'un à l'exclusion de l'autre.

La conception n'aura pas lieu, si l'écoulement sanguin n'est pas accompagné de ponte ovulaire; elle sera au contraire possible en cas de ponte ovulaire sans écoulement sanguin.

Dans le premier cas, la femme semble normalement réglée, car aucun indice ne trahit l'absence d'ovulation; dans le second, il y a aménorrhée apparente, l'aménorrhée réelle étant celle où les deux phénomènes font défaut. Malheureusement il est impossible en pratique de distinguer l'aménorrhée apparente de la réelle, sauf par la conception quand elle se produit, car elle indique l'existence de la ponte ovulaire (aménorrhée apparente).

En résumé certaines femmes, paraissant normalement réglées, seront stériles parce que la ponte ovulaire fait défaut, d'autres femmes, aménorrhéiques en apparence, pourront concevoir parce que l'ovulation se fait sans écoulement sanguin. L'aménorrhée réelle entraîne forcément la stérilité.

6. — PERIGENITALIA

Pelvi-péritonite.

La pelvi-péritonite chronique ou les adhérences qui en sont la conséquence entraîne souvent la stérilité soit en déviant l'utérus, soit en déplaçant l'ovaire, soit en comprimant la trompe. Ces adhérences gênent considérablement la physiologie normale des organes génitaux.

Tumeurs péri-génitales.

Toute tumeur venant au contact des organes génitaux peut aboutir au même résultat par un mécanisme analogue.

7. — SURMENAGE GÉNITAL

Le surmenage est nuisible au fonctionnement de tout organe ; le système génital n'échappe pas à cette loi générale.

On a distingué dans le surmenage génital les excès copulateurs et les excès voluptueux.

Par excès copulateur on entend le simple traumatisme subi par exemple par la prostituée, sans que le plaisir en soit la conséquence.

L'excès voluptueux est l'abus de la jouissance que procure le coït; il n'y a plus simplement fatigue de l'organe copulateur, mais ébranlement de tout le système nerveux sous la vibration d'un plaisir trop intense.

Quel que soit l'excès, il est contraire à la fécondation; toutefois l'excès voluptueux paraît plutôt empêcher la conception, tandis que l'excès copulateur permet la conception, mais amène à bref délai l'avortement, les règles se transformant en petits avortements. Par des voies différentes le résultat se trouve être le même au point de vue de la procréation, qui ne peut avoir lieu.

Le repos sexuel, combiné à l'électricité locale, est le meilleur remède de cette cause de stérilité; l'hydrothérapie et un traitement tonique en seront l'heureux adjuvant.

III

CAUSES MASCULINES

On pourra s'étonner de trouver ces causes exposées dans un traité de gynécologie, dont le titre exclut tout ce qui n'appartient pas au sexe féminin, mais le gynécologue, consulté par un couple stérile, doit savoir faire un diagnostic étiologique complet, et il se trouverait fort embarrassé s'il ne connaissait la stérilité masculine.

Examinons donc les diverses causes qui empêchent l'homme de procréer.

1. — ANOMALIES TESTICULAIRES

Anorchidie, ou absence de testicule : stérilité forcée.

Monorchidie, existence d'un seul testicule. L'individu est fécond ; un seul testicule suffit amplement à la sécrétion des spermatozoïdes nécessaires.

Cryptorchidie, testicules cachés dans la cavité abdominale, n'ayant pas franchi le canal inguinal. — Le cryptorchide simple, c'est-à-dire l'individu dont un testicule est seul descendu dans les bourses est fécond, le double dont les deux testicules sont cachés, est tantôt stérile, tantôt fécond, suivant que les glandes génitales normales ou atrophiées fournissent ou non le produit de leur sécrétion. — Examiner le sperme pour porter le diagnostic.

Traitement nul ; le médecin ne peut que constater l'anomalie.

2. — ATROPHIE DES TESTICULES

Un testicule atrophié devient impropre à la reproduction ; la glande est réduite au rôle d'attribut inutile.

Les principales causes de cette atrophie sont les suivantes :

a. Causes générales ou éloignées :

1. Atrophie congénitale ;
2. Lésions du système nerveux ;
3. Lésions circulatoires (bistournage chez les animaux) ;
4. Age (spermatozoïdes rares avant 16 ans et après 80 ans).

b. Causes locales :

5. Tumeur de voisinage ;
6. Orchi-épididymite.

Parmi ces diverses causes l'orchi-épididymite occupe certainement le premier rang, et il n'est pas inutile de rappeler les différentes sources de cette inflammation.

a. Orchi-épididymites aiguës :

1. Traumatique (orchite des cavaliers).
2. Blennorrhagique.
3. Après urétrite simple non blennorrhagique.
4. Par effort.
5. Par masturbation.
6. Par maladie générale : oreillons, fièvre typhoïde, variole, pyohémie, rhumatisme.

b. Orchi-épididymites chroniques :

1. Succédant à la forme aiguë.
2. Chronique double à la suite d'affections urétrales ou prostatiques.
3. Tumeurs : syphilis, tuberculose, sarcôme, cancer.

La stérilité n'existe que si les deux testicules sont intéressés ; avec une glande saine le pouvoir fécondant de l'homme semble rester le même ; la nature paraît avoir doublé les testicules dans le but unique de diminuer les chances de stérilité, le survivant remplaçant l'infirme.

3. — TUMEURS DU TESTICULE

La plupart des tumeurs testiculaires : syphilis, tuberculose, fongus bénin, cancer, maladie kystique, tumeur fibro-cartilagineuse, varicocèle, amènent l'arrêt fonctionnel de l'organe.

Si un testicule est indemne, la fécondation est possible ; la stérilité est au contraire la conséquence habituelle de la double atteinte testiculaire.

L'hydrocèle, qu'on peut rapprocher des tumeurs du testicule, amène la stérilité quand elle est double et assez prononcée ; toutefois, après une double ponction, le pouvoir fécondant est susceptible de renaître ainsi qu'en témoigne l'observation suivante de Roubaud : Un homme de vingt-six ans était atteint d'une énorme hydrocèle double. Père de deux enfants, cet individu avait perdu sa fécondité, et son sperme ne contenait plus de spermatozoïdes. On fit à cet homme une double ponction, sans injection iodée, cette dernière n'ayant pas été acceptée par le malade ; l'épanchement se reproduisit promptement, mais dans l'intervalle le pouvoir fécondant était revenu et la femme était devenue enceinte ; on constata des spermatozoïdes dans

le sperme, ainsi que leur disparition après la reproduction de la tumeur.

Le traitement dans ces divers cas est celui même de la cause.

4. — MALADIES DU CANAL DÉFÉRENT

Toute cause interrompant la voie du canal déférent rendra inutile le testicule correspondant; dans ce sens agissent le traumatisme, l'inflammation, les tumeurs de voisinage.

La stérilité ne surviendra que si la lésion est bilatérale; un traitement ne sera possible qu'en cas de tumeur opérable, et dont l'ablation permet de rétablir la perméabilité disparue.

5. — MALADIES DES VÉSICULES SÉMINALES

La vésicule séminale est le réservoir du sperme; son inflammation tue les spermatozoïdes par la sécrétion du pus, et par l'irritation qu'elle provoque elle amène l'évacuation du contenu en dehors des conditions physiologiques, c'est-à-dire que la spermatorrhée remplace l'éjaculation normale. La stérilité, qui pourra en être la conséquence, ne sera en général que momentanée.

6. — MALADIES ET MALFORMATIONS DE LA PROSTATE ET DE L'URÈTRE

La prostate abrite les canaux éjaculateurs, plus une partie des vésicules séminales et du canal déférent; ses maladies et ses traumatismes pourront donc retentir sur cette partie de l'appareil génital. Les canaux éjaculateurs auront surtout à en souffrir. Ils peuvent être : oblitérés, stérilité forcée, — rétrécis, l'éjaculation devient baveuse et peu favorable à la fécondation, — enfin déviés, l'orifice, par exemple, se dirige vers la vessie et au moment de l'éjaculation projette le sperme dans cette fausse direction.

L'urètre est susceptible d'empêcher la fécondation par son rétrécissement et sa malformation. Le rétrécissement de l'urètre entrave la projection du sperme au moment de l'éjaculation. La guérison thérapeutique du rétrécissement fait disparaître cette cause relative de stérilité. La présence d'un corps étranger dans l'urètre fera l'office de rétrécissement.

L'hypospadias et l'épispadias sont les deux malformations les plus fréquentes de l'urètre qui, au lieu de s'ouvrir à l'extrémité de

la verge, s'abouche soit à sa face inférieure (hypospadias), soit à sa face supérieure (épispadias). L'éjaculation est possible, mais elle se fait au voisinage de la vulve au lieu d'atteindre le fond du vagin; la stérilité, sans être forcée, puisque certaines femmes sont fécondées sans intromission du membre viril, en sera le plus habituellement le résultat. Une opération plastique sera parfois susceptible de remédier à ce vice de conformation, sinon la fécondation artificielle, qui sera ultérieurement étudiée, trouvera ici son indication.

7. — SPERMATORRHÉE

Dans les conditions normales, l'éjaculation couronne le coït ou toute excitation génitale factice; en dehors de ces circonstances, l'écoulement du sperme constitue la spermatorrhée.

Cet écoulement peut être d'origine nerveuse et dépendre d'un vice fonctionnel du système génital, ou d'origine locale et reconnaître pour cause une maladie de la prostate, des vésicules séminales ou de l'urètre.

A moins qu'il y ait incontinence absolue du sperme, et que l'éjaculation se fasse *à blanc*, c'est-à-dire sans émission de liquide spermatique, la fécondation est ordinairement possible avec la spermatorrhée. Toutefois ce trouble génital indique le plus habituellement un détraquement du système nerveux ou des organes sexuels peu propice à la fécondation.

L'indication est de traiter la cause même de la stérilité.

8. — ÉTATS PATHOLOGIQUES DU SPERME

Le sperme est un liquide blanc opalin, ayant une odeur caractéristique parfois très pénétrante. Le microscope y révèle la présence des spermatozoïdes.

L'œil et le microscope permettent de discerner la qualité du sperme :

1° *Bonne qualité :* couleur blanc opalin, liquide épais, empesant fortement le linge, très odorant. Au microscope : spermatozoïdes nombreux et vivaces.

2° *Médiocre qualité :* liquide blanc gris, plus fluide, empesant faiblement le linge, d'odeur peu marquée. Au microscope : spermatozoïdes plus rares et moins vigoureux.

3° *Mauvaise qualité :* aqueux, empesant à peine le linge. Pas d'odeur caractéristique. Au microscope : pas de spermatozoïdes.

Un sperme de bonne qualité est éminemment propice à la fécondation, celui de mauvaise qualité reste stérile. Avec la qualité médiocre, stérilité fréquente mais non obligée.

On désigne sous le nom d'*azoospermie* l'absence de spermatozoïdes dans le sperme, terme qu'il ne faut pas confondre avec *aspermatisme*, qui indique l'absence d'éjaculation. L'azoospermie résulte le plus souvent d'une orchi-épididymite double, mais peut être congénitale, et provenir d'un vice de conformation de la glande génitale.

9. — EXCÈS SEXUELS

L'excès sexuel est relatif et ne saurait se définir mathématiquement. Il y a excès aussitôt qu'il en résulte un préjudice pour la santé.

L'excès débilite l'organisme, et aussi le spermatozoïde en surmenant sa production. Débilitation générale et locale.

L'homme qui veut procréer et avoir de beaux enfants doit être sobre dans ses plaisirs sexuels.

10. — MALADIES GÉNÉRALES. — INFLUENCES DIVERSES

Les maladies générales peuvent agir à la fois localement et sur tout l'organisme, témoins la tuberculose et la syphilis, causes fréquentes de stérilité.

Les maladies aiguës n'ont en général qu'une influence momentanée sur le système génital qui, le mal passé, reprend son fonctionnement physiologique. L'action des maladies chroniques est variable et trop diverse pour être ici abordée en détails.

L'abus du tabac, de l'alcool, des excitants en général, la misère alors qu'elle altère la santé, sont contraires à la fécondité. L'obèse est aussi mauvais procréateur.

Certains individus, déshérités du système nerveux, sont coïtophobes, c'est-à-dire redoutent et fuient l'union sexuelle, s'adonnant en général à d'autres distractions génitales ; pas de coït, naturellement pas de conception.

11. — ACTIONS MÉDICAMENTEUSES

L'iode a été accusé d'atrophier les testicules, d'affaiblir le spermatozoïde et d'éteindre les désirs vénériens ; l'accusation n'est pas prouvée. On peut en dire autant du bromure de potassium.

12. — VICES DE CONFORMATION DES ORGANES GÉNITAUX

La verge peut manquer, être atrophiée ou hypertrophiée. La fécondation ne sera possible qu'avec un pénis suffisant pour porter les spermatozoïdes au lieu voulu, par contre il ne faut pas que son développement exagéré gêne l'accouplement.

Le pénis en érection est parfois dévié de sa direction normale par des brides cicatricielles, par une conformation vicieuse ; ce vice pourra gêner l'éjaculation et empêcher la fécondation.

Dans ce vice de conformation la fécondation artificielle sera d'un heureux secours.

13. — ANOMALIES DE L'ÉJACULATION

Le réflexe, emmagasiné par le frottement sexuel au moment du coït, amène brusquement la contraction des vésicules séminales qui lancent

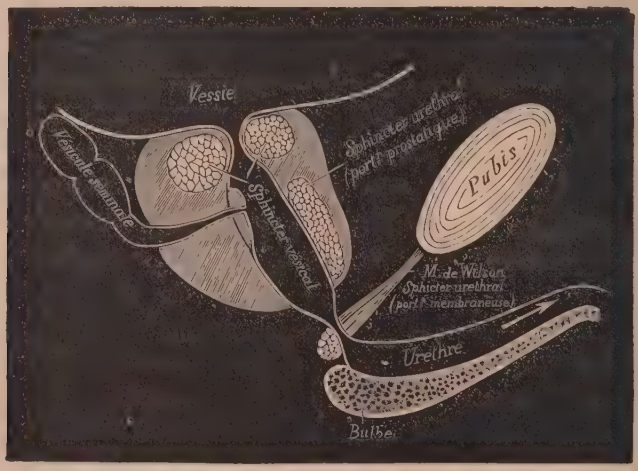


Fig. 520. — Appareil éjaculatoire masculin.

leur contenu dans la portion prostatique de l'urètre, transformé en loge close, en arrière par le sphincter vésical, en avant par la portion membraneuse du sphincter urétral (fig. 520). Cette loge, distendue par le liquide spermatique, se contracte spasmodiquement, et la portion prostatique du sphincter urétral, chasse le contenu dans la direction du méat urinaire. Une série de secousses déterminées

par la contraction musculaire projette le sperme au dehors ; l'éjaculation est constituée par cette projection.

Elle peut devenir pathologique de trois façons :

Baveuse ;
Incomplète ;
Nulle.

Baveuse, le sperme s'écoule du méat urinaire doucement et sans projection ; un rétrécissement ou une malformation de l'urètre en est la cause habituelle.

Incomplète, l'éjaculation a lieu à la fois dans la vessie et au dehors, les deux sphincters, qui limitent la loge prostatique, cédant au moment des secousses éjaculatoires.

Nulle, par une anomalie fonctionnelle, le coït se terminant à sec sans éjaculation ; on dit alors qu'il y a aspermatisme.

Traitement. — Remédier à la cause de l'anomalie, alors que cela est possible.

14. — AGE

Erection et spermatozoïdes sont les deux éléments de la fécondation que l'âge apporte et emporte. Leur réunion constitue le pouvoir fécondant qui semble en général commencer à quinze ans, quelquefois plus tôt, et qui finit vers cinquante ans en moyenne, mais peut se prolonger plus tard, jusqu'à soixante-dix ans, même quatre-vingts ans.

IV

CAUSES COÏTALES

Le coït est l'union momentanée des sexes ; la verge introduite dans le vagin vient déposer le sperme à l'orifice externe de l'utérus.

Le coït peut devenir pathologique et par là même infécond dans deux circonstances :

Ou parce qu'il y a erreur de lieu : ignorance.
Ou parce qu'il est impraticable : impuissance.

1. — ERREUR DE LIEU

Volontairement, ou involontairement par erreur, le pénis s'égare dans le rectum et y verse la liqueur séminale.

On a cité des cas où la verge a pu s'engager dans un urètre dilaté et éjaculer dans la vessie.

Toutes les fois que le sperme n'est pas éjaculé dans le vagin, ou au moins à l'orifice vulvo-vaginal, la fécondation est impossible à moins d'un vice de conformation des organes génitaux.

Indiquer l'erreur, c'est en tracer le remède.

2. — IMPUISSANCE

L'impuissance est la négation du coït. Elle dépend tantôt de l'homme, tantôt de la femme, l'un ne pouvant pénétrer ou l'autre refusant la pénétration.

Etudions-la dans l'un et l'autre cas.

A. — Impuissance masculine.

Par défaut d'énergie. — A la suite d'une maladie, d'une cause d'affaiblissement quelconque, par excès de timidité chez quelques débiles de la volonté, on voit l'érection être incomplète, insuffisante, sorte de bégaiement sexuel qui empêche le coït. Chez ces bègues de l'amour, on emploiera comme remède les toniques et fortifiants sous formes diverses, l'hydrothérapie, l'électricité, le massage et frictions du corps ; on fera en résumé un traitement reconstituant.

Par perversion d'énergie. — Sous l'influence de la masturbation ou d'un rêve érotique, l'individu est capable d'érection et d'éjaculation, mais l'union sexuelle est impossible, la femme le laissant froid. Il y a là une véritable aberration génitale, qui rend l'homme impropre au mariage. Traitement moral.

Par excès d'énergie. — L'excès d'énergie est représenté par le priapisme, érection pathologique, ordinairement pénible, et ne donnant lieu à aucun désir d'union sexuelle. Le priapisme s'observe dans les maladies et traumatismes de la moelle, dans certaines maladies de la vessie, de la prostate et de l'urètre. Le priapisme ne doit pas être confondu avec l'aphrodisie qui est l'accentuation des désirs sexuels, et l'érotomanie qui est une aphrodisie sans érection. Le satyriasis est l'exagération de l'aphrodisie.

Par trouble de l'appareil digestif. — Un mauvais estomac rend triste moralement et sexuellement. Une digestion pénible empêche l'érection et rend momentanément impuissant. Guérissez l'estomac et vous rendrez le pouvoir génital.

Par l'alimentation. — Le culte exagéré de la bonne chair éteint au bout d'un certain temps toutes les facultés de l'individu, sans épargner le système génital. La tempérance, jointe à une hygiène sévère, ramènera à l'état normal, s'il en est encore temps.

Par obésité et maigreur. — L'obésité et la maigreur n'amèneront l'impuissance que si elles produisent la déchéance de l'organisme. Il est d'ailleurs exceptionnel qu'elles soient par elles-même une cause de stérilité.

Par intoxication. — Sont susceptibles de rendre impuissants, le plomb, l'antimoine, l'arsenic, l'iode, le camphre, le haschich.

Par surmenage. — Tout surmenage de l'individu éteint momentanément les facultés génitales.

Par maladies nerveuses. — Nombre de maladies nerveuses, la tristesse, l'hypochondrie, sont susceptibles de produire l'impuissance.

Par abus de l'organe intellectuel. — L'excès d'activité cérébrale endort le système génital ; les cérébraux sont de mauvais mâles. L'équilibre fonctionnel de l'organisme exige une activité également répartie sur tous les systèmes.

Par excès sexuels. — L'influence des excès sexuels a déjà été signalée ; je me contente de la rappeler ici.

Par maladie de l'appareil génito-urinaire. — L'érection et l'éjaculation exigent l'intégrité de l'appareil génito-urinaire, aussi les maladies de la vessie, de la prostate, des vésicules séminales, de l'urètre, de la verge, des cordons spermatiques et testicules, sont-elles fréquemment une cause de stérilité, qui durera autant que la maladie elle-même.

Impuissance fantôme. — Certains individus restent impuissants uniquement par peur de l'être. Une timidité naturelle, un échec amoureux les a conduits à cet état d'appréhension, qui les plonge en syncope génitale au moment d'accomplir l'union sexuelle. Un traitement moral et reconstituant sera le meilleur remède à opposer à cette impuissance fantôme.

B. — Impuissance féminine.

Toutes les lésions de l'appareil génital de la femme ayant été précédemment étudiées, il ne sera ici question que des simples troubles fonctionnels (sans lésions) capables d'amener l'impuissance féminine.

L'impuissance chez la femme peut être :

D'origine morale :

Frigidité. } 1.
Coïtophobie. }

D'origine physique :

Vaginisme. 2.

1. — FRIGIDITÉ. — COITOPHOBIE

Pour la femme frigide, l'union sexuelle est une simple corvée, pour la coïtophobe c'est une véritable douleur.

La frigidité est une erreur constitutionnelle qui prive la femme du sens génital ; la coïtophobie est de même nature, mais l'indifférence se change en aversion à l'approche du mâle, sous l'influence d'un dégoût instinctif, ou de la douleur même produite par l'intromission pénienne.

Aplanir au physique les difficultés du coït, telle doit être la tâche du médecin. Le plaisir n'étant pas indispensable chez la femme pour la fécondation, la frigidité ne sera qu'une cause relative de stérilité, qu'un peu de bonne volonté fera disparaître ; la médecine est d'ailleurs impuissante à l'endroit de ces perversions sexuelles.

L'obstacle le plus sérieux au coït est constitué chez la femme par le vaginisme qu'il nous reste maintenant à étudier.

2. — VAGINISME

Le vagin chez la femme déflorée doit admettre sans difficulté le membre viril ; y a-t-il impossibilité ou obstacle à cette introduction le vaginisme est constitué.

Vaginisme signifie donc : porte physiologiquement close au coït.

Tout corps étranger tentant de franchir l'orifice vulvo-vaginal, le doigt par exemple, éprouvera le même sort, à moins que ses faibles dimensions n'en rendent la pénétration facile.

Le vaginisme a pour base deux éléments :

L'hypéresthésie ;

La contracture.

Ils peuvent exister séparément ou s'unir pour la production du vaginisme, d'où trois variétés à distinguer :

Le vaginisme hypéresthésique ;

Le vaginisme contractural ;

Le vaginisme contracturo-hypéresthésique.

a. *Vaginisme hypéresthésique.* — Tous les tissus de la vulve et de l'entrée vaginale présentent une sensibilité exagérée, maladive, pouvant devenir telle, que le moindre contact est douloureux ; aussi la femme se révolte-t-elle à l'approche du membre viril, ou ne peut subir le coït qu'aux prix de souffrances plus ou moins vives. Chez certaines femmes, par un phénomène de dissociation assez bizarre, la douleur existe à la pénétration du doigt explorateur, et ne se montre pas à celle du pénis, l'excitation sexuelle dominant sans doute, dans ce dernier cas, l'impression douloureuse et la faisant disparaître.

L'hypéresthésie, au lieu d'être généralisée à toute la vulve, peut être localisée à certaines régions, notamment aux caroncules hyménéales, qui deviennent les gardiennes trop rigoureuses de l'entrée vaginale. Parfois même une seule de ces caroncules est hypéresthésique, et comme un bouton électrique fait douloureusement vibrer toute la femme au moment de l'union sexuelle.

L'hypéresthésie vulvaire existe avec une muqueuse tantôt malade, tantôt saine d'apparence. La muqueuse malade est, soit enflammée (vulvite blennorhagique ou autre), soit le siège d'une éruption vénérienne ou de nature différente ou d'une simple fissure ; la maladie même de la muqueuse est en pareil cas l'agent de l'hypéresthésie. Quand la muqueuse est saine on ne peut accuser que l'innervation de la région ; il existe une véritable névralgie du nerf honteux interne qui rend pénible le moindre attouchement.

b. *Vaginisme contractural.* — Les deux muscles *custodes vaginæ* sont le constricteur vulvaire (involontaire) et le releveur de l'anus (volontaire) (voir fig. 160 et 161, p. 146). A l'état normal leur tonicité ferme l'orifice vulvo-vaginal, mais n'oppose aucun obstacle à la pénétration du membre viril. Le pénis ne trouve en eux que de simples auxiliaires du plaisir, et nullement des ennemis à

l'accomplissement de l'acte sexuel. Mais que ces muscles se contracturent isolément ou simultanément, l'accès du vagin est interdit, la femme est, malgré la meilleure volonté, impuissante à laisser pénétrer le membre viril. Dans certains cas plus rares, la contracture ne survient qu'après l'intromission de la verge, en plein coït, le membre viril se trouve alors emprisonné, *penis captivus*, phénomène analogue à celui qu'on observe comme règle dans l'espèce canine ; la désunion sexuelle n'est possible qu'après le relâchement musculaire ; cet accident heureusement rare, car on n'en connaît que quelques cas dans la science, est dû à la contracture du releveur, seul assez puissant pour produire pareil résultat.

La contracture du constricteur vulvaire donne lieu au *vaginisme inférieur*, celle du releveur de l'anus au *vaginisme supérieur*, et celle des deux muscles simultanément au *vaginisme complet*.

Cette contracture peut être idiopathique, c'est-à-dire survenir sans cause appréciable, le plus souvent elle est secondaire à une affection utérine ou à l'hypéresthésie vulvaire ; dans ce dernier cas le vaginisme est une combinaison des deux variétés précédentes, c'est la forme la plus fréquente, que nous allons maintenant étudier.

c. *Vaginisme contracturo-hypéresthésique.* — Ce vaginisme a pour base un réflexe, dont le point de départ est l'hypéresthésie vulvaire et l'aboutissant la contracture des *custodes vaginæ* (constricteur vulvaire et releveur de l'anus).

Je ne reviendrai pas sur l'étude détaillée de ces deux éléments, dont l'étude vient d'être faite séparément.

Ce vaginisme se produit le plus habituellement dans les conditions suivantes : une jeune fille dont la conformation génitale est d'ailleurs normale, sauf une exagération de l'étroitesse et de la résistance de l'hymen, se marie ; l'époux pressé d'en venir au fait, irrité par l'entêtement des tissus qui lui barrent la voie, veut vaincre quand même, et inconsciemment devient brutal. La femme souffre, résiste, se replie sur elle-même, le mari redouble ses efforts inutiles et fait si bien qu'il rend désormais sa compagne rétive aux tentatives ultérieures. Le traumatisme a excorié la vulve et exagéré sa sensibilité ; hypéresthésie et contracture se combinent pour fermer désormais l'entrée de la vulve et créer le vaginisme. Le résultat sera encore plus sûr si à l'élément traumatique vient s'ajouter un élément infectieux, tel que la blennorrhagie par exemple.

Certaines conformations de la vulve semblent prédisposer à l'éclosion du vaginisme; c'est ainsi que la vulve peut être trop antérieure, c'est-à-dire empiétant sur le pubis, de telle sorte que la symphyse forme une trappe abaissée sur l'orifice vulvo-vaginal, d'où gêne pour la pénétration masculine.

Le vaginisme est facile à diagnostiquer; on peut certifier son existence toutes les fois que, avec une conformation normale des organes génitaux, le doigt ne peut pénétrer dans le vagin, ou si cette pénétration se fait avec difficulté.

L'hypéresthésie se reconnaîtra à la sensibilité douloureuse du contact, à la contracture, à l'étroitesse même du calibre vaginal. Un examen attentif permettra enfin de reconnaître la présence des fissures, d'une hypéresthésie localisée à une caroncule hyménéale.

L'affection est reconnue, sa variété dépistée, il importe d'instituer le *traitement*.

On commencera par recourir aux moyens doux qui suffisent souvent; en cas d'échec on aura recours aux moyens violents.

1° **Moyens doux.** — Cérat, douceur et savoir faire sont venus à bout de beaucoup de vulves récalcitrantes. Au médecin à savoir, par de sages conseils, expliquer les détails parfois scabreux de ce trépied thérapeutique.

Les grands bains, l'hydrothérapie, l'administration du bromure de potassium, pourront heureusement préparer la femme, à arriver avec des nerfs calmes au sacrifice sexuel.

S'il existe une fissure, une vulvo-vaginite, une inflammation de l'utérus, on la guérira par des moyens appropriés.

Contre l'hypéresthésie, l'électricité faradique, les suppositoires à la cocaïne seront parfois d'un heureux secours.

Contre la contracture, la dilatation progressive avec des bougies de Hégar donne souvent de bons résultats.

On a conseillé l'anesthésie par le chloroforme ou l'éther pour permettre l'accomplissement du coït sous son influence ; quand les circonstances obligent à ces ressources extrêmes, mieux vaut recourir aux moyens violents.

2° **Moyens violents.** — La femme étant anesthésiée, on peut :

Soit dilater,

Soit inciser,

l'orifice vulvo-vaginal.

Dilatation. — La dilatation sera faite, à l'aide des pouces introduits dans le vagin, et écartés énergiquement l'un de l'autre jusqu'à la rencontre des branches ischio-pubiennes, ou à l'aide de bougies de Hégar.

Incision. — Sims conseillait de pratiquer deux incisions sur la partie postérieure de la vulve à un travers de doigt de la ligne médiane, débridement analogue à celui qu'on fait au moment du passage de la tête fœtale pour éviter la déchirure du périnée ; cette incision doit avoir 2 centimètres de profondeur environ; elle est pansée en surface, en faisant un tamponnement vagino-vulvaire à la gaze iodoformée, pansement à la fois hémostatique antiseptique et dilatateur. Ce pansement peut être laissé trois jours en place.

Incision et dilatation combinées. — J'ai d'habitude recours à la méthode suivante qui est une combinaison des deux précédentes. Le bistouri étant enfoncé sous la muqueuse vulvaire, dans la direction du vagin et sans pénétrer dans ce canal, je fais de chaque côté de l'orifice vulvaire une incision *sous-cutanée* des muscles constituant l'obstacle, au siège correspondant à l'incision de Sims, et je complète par la dilatation avec les bougies de Hégar. Je termine par un tamponnement vagino-vulvaire à la gaze iodoformée que je laisse trois jours en place. Ce procédé a l'avantage d'éviter la formation de plaies et des cicatrices qui en résultent. Le coït est possible dix à quinze jours après l'intervention.

Au cas où il existe un hymen résistant ou des lambeaux hypéresthésiques de cette membrane, il faut avoir soin de compléter l'opération en enlevant avec les ciseaux soit la membrane en totalité, soit ses caroncules.

V

CAUSES VAGUES

Par causes vagues, on entend celles qui, d'après un certain nombre d'observations, semblent susceptibles de produire la stérilité, bien que leur action ne soit pas péremptoirement démontrée, ou que leur influence pathogénique soit peu explicable.

Maladies générales. — Les maladies aiguës telles que la fièvre typhoïde et les fièvres éruptives n'ont qu'une influence momentanée et par conséquent sans importance; il n'en est pas de même des maladies chroniques parmi lesquelles il importe de faire une place spéciale à la syphilis et à la tuberculose, qui entraînent souvent la stérilité, soit par l'atteinte de la santé générale, soit en altérant la glande génitale, testicule ou ovaire.

Maladies du système nerveux. — Les maladies du système nerveux agissent de préférence sur l'homme et amènent l'impuissance; chez la femme, l'hystérie, névrose la plus fréquente, ne semble pas prédisposer à la stérilité.

Hygiène et alimentation. — Dire qu'une bonne hygiène éloigne la stérilité est une banalité, mais aussi une vérité. — L'hygiène comprend naturellement le vêtement, l'alimentation, l'exercice, une sage régulation de la vie. Il ne faut donc pas oublier les conseils d'hygiène aux époux qui désirent une conception.

Gémellité. — Dans l'espèce bovine, quand la gestation est double et que les produits sont de sexe différent, la femelle est, en général, inféconde (Saint-Cyr). — L'observation ne nous révèle rien de semblable dans l'espèce humaine, où la gémellité semble au contraire héréditaire.

Consanguinité, hérédité. — L'union entre consanguins prédispose, d'après les uns, à la stérilité, d'après les autres, au contraire, à la fécondité. Il est actuellement impossible de se prononcer à cet égard. — L'hérédité semble jouer un certain rôle comme cause de stérilité relative, c'est-à-dire que dans quelques familles on voit volontiers des sœurs rester stériles ou avoir peu d'enfants.

Age. — Pour la femme, la faculté procréatrice commence et finit avec la menstruation. Toutefois, on peut voir par exception des femmes devenir enceintes après la ménopause, la ponte ovulaire persistant un certain temps après la cessation de l'écoulement sanguin. — Pour l'homme, les limites sont beaucoup plus vagues et le pouvoir fécondant dure souvent chez lui aussi longtemps que la faculté de pratiquer le coït.

Volonté. — Autrefois, on croyait le viol infécond, la femme ne pouvait concevoir que consentante à l'union sexuelle, le coït physique ne suffisait pas pour la conception, il fallait en quelque sorte un coït moral. Opinion fausse, le viol est parfaitement fécond;

certaines femmes peuvent concevoir dans l'état somnambulique et même en état de mort apparente.

Stérilité énigme. — Mari et femme, mariés depuis dix ans, vivent dans l'union sexuelle la plus parfaite, et néanmoins n'ont pas d'enfants. — Le mari devient infidèle, et immédiatement devient père avec la femme séduite. — L'épouse suit le même exemple avec un autre homme, et la voici également enceinte. — Ce mari et cette femme étaient donc aptes à la procréation et néanmoins leur union restait stérile. — Pourquoi?

Les explications qu'on a essayé de donner jusqu'à présent de cette incompatibilité procréatrice ne reposent sur aucune base sérieuse; il convient de ranger jusqu'à nouvel ordre ces faits dans une classe d'attente, sous la dénomination de *stérilité énigme*.

VI

RÉSUMÉ DU DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT

Le premier soin du médecin, alors qu'il est consulté pour un cas de stérilité, doit être d'en déterminer la cause féminine ou masculine, et cette cause étant découverte de lui appliquer un traitement convenable.

Toutes les causes susceptibles d'empêcher la conception viennent d'être passées en revue, je me contente de les rappeler en les énumérant suivant l'ordre dans lequel elles ont été examinées :

I. — CAUSES FÉMININES

1. Vulve : Malformations,
   Vulvite et éruptions,
   Tumeur.
2. Vagin : Malformations,
   Vaginite,
   Tumeur.
3. Utérus : Métrite et endométrite,
   Déviation utérine,
   Ectopie utérine,
   Malformation,
   Sténose et atrésie du canal utérin,
   Déformation du col,

Tumeur,
Écoulement utérin.
4. Trompe : Salpingites,
Déviation,
Malformations,
Tumeur.
5. Ovaire : Ovarite,
Déplacement,
Malformations,
Tumeur,
Menstruation et fécondation.
6. Périgénitalia : Pelvipéritonite,
Tumeurs périgénitales.
7. Surmenage génital.

II. — CAUSES MASCULINES

1. Testicule : Anomalie,
Atrophie,
Tumeur.
2. Canal déférent : Maladies.
3. Vésicule séminale : Maladies.
4. Maladies et malformations de la prostate et de l'urètre.
5. Spermatorrhée.
6. États pathologiques du sperme.
7. Excès sexuels.
8. Maladies générales. — Influences diverses.
9. Actions médicamenteuses.
10. Vice de conformation des organes génitaux.
11. Anomalie de l'éjaculation.
12. Age.

III. — CAUSES COÏTALES

1. Erreurs du coït.
2. Impuissance :

a.) *masculine.*

Par défaut d'énergie,
Par perversion d'énergie,
Par excès d'énergie,
Par trouble de l'appareil digestif,
Par l'alimentation,
Par obésité,
Par intoxication,
Par exercice et surmenage,
D'origine nerveuse,
Par abus de l'organe intellectuel,
Par excès sexuels,
Par maladie de l'appareil génito-urinaire.
Impuissance fantôme.

b.) *féminine.*

Origine morale :
Frigidité, coïtophobie,
Origine physique :
Vaginisme.

IV. — CAUSES VAGUES

Maladies générales,
Maladies du système nerveux,
Hygiène et alimentation,
Gémellité,
Consanguinité et hérédité,
Age,
Volonté,
Stérilité énigme.

A chacune de ces causes, on saura opposer un traitement convenable, alors que la thérapeutique peut avoir sur elle une influence réelle.

Pour les principales de ces causes, le traitement a été indiqué chemin faisant, pour les autres il suffira de consulter le chapitre consacré à l'affection incriminée, ou, s'il s'agit de stérilité masculine, de se reporter aux traités spéciaux.

Il est toutefois un ensemble de causes qui, de la part de l'homme ou de la femme, empêchent la pénétration du sperme dans la cavité utérine et auxquelles on peut remédier par une même intervention la FÉCONDATION ARTIFICIELLE, petite opération qu'il me reste à exposer en détail pour avoir terminé ce chapitre sur la stérilité.

Les causes justiciables de la fécondation artificielle sont :

Du côté du mari :

Un rétrécissement, ou une malformation (hypospadias) rendant l'éjaculation baveuse.

Quand il y a impuissance, l'éjaculation est encore possible et par conséquent capable de fournir le sperme nécessaire pour l'opération, mais le coït ne peut avoir lieu faute d'érection suffisante.

Du côté de la femme :

Une déviation ou un déplacement de l'utérus, contre lequel tout traitement aura échoué.

Une paresse de l'utérus qui, inerte au momeut du coït, n'exerce pas d'aspiration sur le liquide spermatique; cette cause ne pourra

pas être sûrement diagnostiquée, mais simplement supposée, quand après l'éjaculation le sperme s'écoule en abondance à l'orifice vulvo-vaginal; *la femme ne retient pas*.

On sera autorisé en pareil cas à tenter la fécondation artificielle quand :

1° Le traitement de la cause de la stérilité, alors qu'il est possible, n'a amené aucun résultat, et qu'on peut rationnellement espérer y porter remède par la fécondation artificielle;

2° L'examen microscopique du sperme fourni par le mari révèle une composition normale au point de vue des spermatozoïdes.

De nombreuses seringues ont été inventées pour pratiquer la fécondation artificielle, la plus simple est la meilleure, celle par exemple de Braun destinée aux injections intra-utérines.

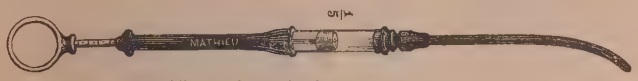


Fig. 521. — Seringue de Braun.

On aura soin de la tenir d'une propreté absolue, d'éviter le dépôt d'un corps gras dans le corps de pompe, car le contact en serait nuisible à la vitalité des spermatozoïdes.

Au moment d'en faire usage, la seringue sera laissée pendant quelques instants dans de l'eau chauffée à 40 degrés, de manière à ce que la température de l'appareil soit approximativement celle du corps.

Pour recueillir le sperme, on prie le mari d'avoir quelques instants avant le moment du rendez-vous un rapport conjugal médiat avec l'intermédiaire d'un condom dans lequel le sperme sera reçu et présenté à l'opérateur, soit simplement un coït immédiat avec éjaculation normale dans le vagin, et le sperme sera recueilli par l'opérateur au fond du vagin, où l'extrémité de la seringue ira le puiser.

Ce dernier procédé étant le meilleur, c'est lui que j'aurai exclusivement en vue dans la description ultérieure.

Rendez-vous est pris, je suppose, à neuf heures du matin, autant que possible deux ou trois jours après la fin des règles[1], ou dans

[1] Une garde-robe aura été provoquée la veille au soir par un lavement.

d'autres cas durant les deux à trois jours qui les précèdent. Un rapport sexuel doit avoir lieu après miction féminine préalable, vers huit heures et demie, après lequel la femme restera étendue sur le dos, la tête basse.

A l'arrivée du médecin, elle sera placée avec douceur et sans qu'il y ait effort pour ne pas expulser le contenu vaginal, transversalement sur le lit, chaque pied sur une chaise, la vulve en face d'une fenêtre, sinon on se servira de lumière artificielle.

Un spéculum métallique bivalve, préalablement tiédi comme la seringue dans de l'eau à 40 degrés, sera doucement introduit, sans être enduit de corps gras, nuisible aux spermatozoïdes; tout corps gras est d'ailleurs rendu inutile par la présence de sécrétions génitales, restes du dernier coït; les surfaces sont glissantes, la pénétration est facile.

Le spéculum appliqué est fixé; la valve inférieure en avançant s'est chargée du liquide spermatique qu'on va chercher avec l'extrémité de la seringue. La seringue chargée, on introduit son extrémité dans l'utérus, et on la fait pénétrer avec grande douceur, de manière à éviter tout écoulement de sang, jusqu'à une profondeur de 4 à 5 centimètres, on pousse le piston de la seringue avec lenteur, et aussitôt qu'on a vu le liquide spermatique refluer à l'orifice externe, on retire doucement l'appareil, en continuant à pousser le piston, de manière à ce que, dans ce mouvement rétrograde, le sperme primitivement injecté n'ait pas tendance à s'échapper au dehors.

La seringue et le spéculum enlevés, la femme sera remise dans son lit, la tête basse, sans oreiller, pendant quatre à cinq heures. Elle restera deux jours au lit. Après quoi, elle pourra se lever et se livrer à ses occupations habituelles.

Une seule tentative de fécondation artificielle ne saurait suffire; en cas d'insuccès, il sera bon d'en faire trois ou quatre. Deux par exemple de suite après les règles, une ou deux de suite avant leur époque présumée. On laissera entre chaque tentative s'écouler deux ou trois périodes menstruelles.

Telle est la fécondation artificielle, petite opération autour de laquelle les charlatans ont malheureusement fait beaucoup de bruit, mais que les gens de science ne sauraient rejeter de parti pris, malgré ses côtés répugnants.

Arrivé au terme de ce chapitre sur la stérilité, je résume en quelques mots la conduite à tenir : l'examen attentif de la femme et du mari ayant révélé l'obstacle de la conception, on essaiera d'y remédier par des moyens appropriés. — Si ce traitement échoue et qu'il y ait lieu d'espérer réussir par la fécondation artificielle, on est autorisé à tenter cette intervention, pourvu que les conditions requises existent nettement; pratiquer cette opération par pure complaisance serait inexcusable, malgré son innocuité. — Enfin, si tout échoue, laissez quelque espérance au couple stérile.

« Car l'amour vit d'espoir et s'éteint avec lui. »

Des grossesses tardives et bien inattendues surviennent parfois, qu'elles soient ou non le fruit d'un écart conjugal, le médecin doit en prévoir la possibilité alors qu'il émet son pronostic.

CHAPITRE XV

DIAGNOSTIC DES GÉNITOPATHIES

SOMMAIRE

I. *Troubles extra-génitaux.*

Système nerveux 1
— digestif 2
— respiratoire 3
— circulatoire 4
Seins 5
Système urinaire 6
Etat général 7

II. *Troubles génitaux.*

Interrogatoire.

Troubles douloureux.

Douleurs 8
Coliques 9
Prurit 10

Troubles fonctionnels.

Aménorrhée 11
Ménorrhagie 12
Dysménorrhée 13
Stérilité 14
Troubles de la fonction sexuelle 15
Sensation de mouvements intra-abdominaux 16

Inspection.

Augmentation du volume abdominal 17
Modifications de la coloration abdomino-génitale . . 18
Vergettures 19
Modifications de l'ombilic 20
Ulcérations et tumeurs des organes génitaux 21
Ecoulements non sanguins 22
— sanguins 23

Palpation et percussion.

Tympanisme abdominal 24
Fluctuation abdominale 25
Tumeur abdominale 26

Auscultation.

Bruits intra-abdominaux 27

Toucher.

Modifications du vagin 28
— du col 29
Toucher intra-utérin 30
Tumeur pelvienne perçue au toucher 31

DIAGNOSTIC DES GÉNITOPATHIES

Jusqu'ici nous avons procédé de l'étude de la maladie à celle du symptôme ; dans ce dernier chapitre, qui servira en quelque sorte de résumé à tout le livre, je me propose de prendre chaque symptôme en particulier et d'en faire l'étude séméiologique, c'est-à-dire de remonter du symptôme à la maladie.

J'étudierai les symptômes dans l'ordre indiqué par le sommaire.

1. — SYSTÈME NERVEUX

Le système nerveux, essentiellement impressionnable chez la femme, ne demande qu'un prétexte pour devenir maladif.

Ce prétexte, qu'il atteigne la volonté, la sensibilité ou la motilité, est souvent d'origine génitale.

Volonté. — Quand, sans cause apparente, le caractère est notablement modifié, pensez soit au début d'une grossesse, soit à une génitopathie ; l'examen direct démontrera si la cause soupçonnée existe réellement.

Sensibilité. — Les troubles de la sensibilité consistent en une impressionnabilité exagérée et en névralgies diverses.

Au paragraphe 8 il sera question des névralgies directement en rapport avec les maladies génitales telles que névralgies abdominales, crurales, sciatiques.

Les gastralgies, palpitations, céphalalgies, névralgies faciales peuvent dépendre d'une maladie génitale, qu'elle atteigne l'utérus ou les annexes. Aussi chez une femme présentant semblables troubles douloureux ne faut-il pas omettre d'interroger le système génital, et souvent, contrairement à l'attente de la patiente, on trouvera dans l'utérus ou son voisinage la cause du mal, et on saura y

porter remède. Nombre de thérapeutes ont échoué dans la cure de ces troubles pour n'avoir pas su trouver la cause.

Motilité. — Paralysies, spasmes, convulsions, contractures, peuvent être d'origine génitale.

En dehors de la puerpéralité, qui, soit pendant la grossesse, soit pendant les accidents septicémiques du postpartum, peut être cause d'hémiplégie, paraplégie ou de paralysie partielle, les maladies génitales amènent parfois des paralysies d'origine réflexe. Bien que ces paralysies soient très rares, et que leur existence ait été niée par Aran, quelques observations semblent cependant établir leur réalité[1]. En tous cas la présence d'une paralysie, dont la cause ne peut être trouvée, doit conduire à l'exploration attentive du système génital, et si on trouve une maladie de ce système, on tentera sa cure dans l'espoir de guérir en même temps le trouble moteur.

2. — SYSTÈME DIGESTIF

Toute maladie génitale semble avoir un écho dans le système digestif; aussi toute femme dont la digestion laisse à désirer doit-elle être examinée génitalement.

Les troubles du système digestif comprennent :

Les modifications de l'appétit.
Les modifications de la digestion stomacale.
    Douleurs.
    Vomissements.
Les modifications de la digestion intestinale.
    Douleurs.
    Diarrhée et constipation.
Les modifications de la défécation.
Les modifications des matières fécales.

Appétit. — La diminution, l'augmentation ou la perversion de l'appétit met souvent sur la piste d'une grossesse à son début. Les maladies génitales ne font que diminuer l'appétit soit par action réflexe, soit par la fièvre dont elles sont parfois la source.

Douleurs stomacales. — La grossesse se manifeste plus volontiers par une sensation de douleur épigastrique avec sensation de brû-

[1] Esnault. *Des paralysies symptomatiques de la métrite et du phlegmon péri-utérin.* Thèse, Paris, 1857. — Vallin. *Des paralysies sympathiques de l'utérus et de ses annexes.* Thèse, Paris, 1858.

lure remontant le long de l'œsophage (pyrosis), tandis que les maladies génitales s'accompagnent plutôt de digestion lente et pénible avec malaise et sensibilité épigastriques. Le ventre se ballonne et nécessite le relâchement des vêtements : éructations fréquentes.

Vomissements. — Les vomissements sont un accident banal de la grossesse ; ils surviennent de préférence à jeun au moment où la femme fait les premiers mouvements pour quitter le lit. Exceptionnellement la gravité de ces vomissements est telle que la vie de la femme est mise en danger (vomissements incoercibles de la grossesse).

Les vomissements s'observent aussi avec fréquence dans les maladies génitales ; deux circonstances en favorisent particulièrement la production, à savoir la fièvre et l'inflammation du péritoine (pelvi-péritonite ou péritonite). Aussi dans toute génitopathie, quand on voit survenir des vomissements tenaces et intenses, faut-il redouter l'inflammation péritonéale.

Douleurs intestinales. — Trois formes de douleurs intestinales peuvent être observées dans le cours des génitopathies :

Coliques ;
Douleurs spontanées ;
Douleurs à la pression.

Les coliques intestinales ne sont pas rares dans le cours des affections génitales ; toutefois elles ne semblent pas liées à l'état même des organes génitaux, mais à la constipation ou aux troubles digestifs qui en sont la conséquence.

Chez certaines génitopathes tout le ventre devient douloureux, sorte de névralgie intestinale généralisée, qui dépend du trouble même des fonctions digestives.

La douleur à la pression existe de préférence sur le trajet du gros intestin ; la main qui explore le cœcum y réveille la douleur, et détermine en même temps des gargouillements malgré la constipation habituelle du sujet ; tout le reste du gros intestin est également douloureux, et de plus rétracté, réduit à l'état de corde, qu'on peut nettement sentir à travers la paroi abdominale. Ces divers symptômes ont été englobés par Glénard dans l'affection désignée sous le nom d'*entéroptose*, variété de dyspepsie d'origine mécanique dont la nature exacte n'est pas encore complètement connue et que nous avons précédemment étudiée.

Diarrhée et constipation. — La constipation est la règle chez la femme, surtout chez la citadine ; elle s'exagère d'habitude sous l'influence de la grossesse et des maladies génitales ; la diarrhée toutefois peut survenir d'une façon intermittente ou prolongée. Toute diarrhée se produisant avec fièvre doit faire soupçonner l'existence d'accidents septicémiques ; sans fièvre elle constitue un symptôme banal de faible importance séméiologique à moins qu'il n'y ait lieu de craindre une intoxication mercurielle.

Défécation. — La difficulté de la défécation est une conséquence fréquente de la grossesse et des génitopathies. Elle reconnaît une double cause : l'exagération habituelle de la constipation observée dans ces circonstances, et l'obstacle même apporté au fonctionnement du rectum, soit par l'utérus gravide, soit par la maladie génitale dont les produits pathologiques encombrent le petit bassin ou rendent douloureux les efforts expulsifs.

La défécation peut être troublée d'une autre façon par l'existence du *ténesme* anal, c'est-à-dire le fréquent besoin d'aller à la garde-robe. En dehors des affections propres à l'anus, le ténesme résulte soit de la compression exercée sur le sphincter anal par une tumeur génitale ou par l'utérus dévié, soit d'une irritation réflexe à point de départ génital. Je me contente de mentionner en passant le ténesme, qui résulte de la pression exercée par la partie fœtale pendant la période expulsive de l'accouchement.

Matières fécales. — Les matières fécales n'intéressent le gynécologue que par la forme spéciale rubannée qu'elles peuvent prendre en cas de rétrécissement recto-anal ou de compression par une tumeur de voisinage, et par la présence du pus révélant le plus souvent l'ouverture dans l'extrémité du tube digestif d'un abcès pelvien.

L'écoulement des matières fécales par la vulve indique l'existence d'une fistule.

3. — SYSTÈME RESPIRATOIRE

En dehors de la péritonite et de la septicémie, complication possible de la puerpéralité et des génitopathies, la respiration est rarement intéressée par la grossesse et les affections génitales.

Cependant l'utérus arrivé au terme de la grossesse et les tumeurs géantes du système génital peuvent entraver la respiration.

Le seul symptôme qui mérite ici de fixer notre attention est la toux utérine[1], toux sèche, survenant par accès, et dont on ne peut trouver l'explication pathogénique dans l'état des voies respiratoires. Une lésion quelconque de l'utérus est susceptible de lui donner naissance ; la lésion guérie, la toux disparaît.

4. — SYSTÈME CIRCULATOIRE

Contrairement à la grossesse qui apporte une gêne notable à toute la circulation du sang, les maladies génitales, à moins qu'il ne s'agisse d'une tumeur volumineuse, ne troublent pas le cours normal du sang.

Les palpitations, qui se montrent souvent dans le cours des génitopathies, sont un phénomène essentiellement nerveux, se produisant par voie réflexe. L'origine génitale possible des palpitations ne doit jamais être oubliée par le clinicien, qui en guérissant une maladie utérine guérira quelquefois des palpitations rebelles à tous les autres traitements.

5. — SEINS

Les seins sont un appendice du système génital, leurs relations avec la physiologie et la pathologie de ce système sont intimes.

Sous l'influence de la grossesse les seins subissent quatre modifications principales :

Augmentation de volume, pigmentation de l'aréole, hypertrophie des tubercules de Montgommery, présence de colostrum. Ces modifications surviennent à la période initiale de la gestation, alors que le diagnostic est souvent délicat à établir, et elles peuvent être d'un grand secours au médecin pour lever ses hésitations.

Malheureusement ces modifications ne sont pas pathognomoniques de la grossesse, elles peuvent survenir de préférence chez des multipares avec certaines maladies utérines, notamment avec la métrite, où l'augmentation de volume de l'utérus simule également l'état gravidique. On les observe encore dans certains cas de kystes ovariens, de telle sorte que leur valeur séméiologique se trouve de ce fait considérablement affaiblie.

Cependant dans le diagnostic d'une grossesse douteuse il ne faudra jamais omettre de rechercher les modifications des seins, et

[1] Voir Muller. *De la toux utérine.* Thèse, Paris, 1887.

jointes aux autres signes de probabilité, elles permettront d'étayer sur une base plus sûre la présomption de la conception.

6. — SYSTÈME URINAIRE

L'urine peut devenir pathologique.

Soit par le fait de sa *sécrétion :*

Quantité : Polyurie, oligurie, anurie ;

Qualité : Diabète, albuminurie.

Soit par le fait de son *excrétion :*

Hématurie, pyourie.

Les modifications de *quantité* de l'urine (polyurie, oligurie, anurie) dépendent de l'état des reins ou de celui de la circulation, elles ne sauraient donc intéresser directement le gynécologue.

Diabète. — Le diabète a une importance plus grande en obstétrique qu'en gynécologie.

La glycosurie est fréquente chez la gestante et surtout l'allaitante, elle n'est redoutable que lorsque la quantité de sucre renfermée dans l'urine dépasse une certaine limite, par exemple 10 grammes par litre. On peut alors chez la gestante redouter l'avortement, ou si la grossesse continue son cours, des complications graves et rapidement mortelles.

En gynécologie, chez toute femme atteinte de prurit vulvaire il faut penser au diabète qui en est la cause la plus fréquente et tenace. Dans le traitement de toute génitopathie chez une diabétique il ne faudra pas oublier le traitement parallèle du diabète, de manière à placer l'état général dans les conditions les plus favorables pour permettre la guérison locale.

Albuminurie. — L'albuminurie, c'est-à-dire la présence d'albumine dans l'urine est importante chez la gestante, car elle constitue chez elle une menace d'éclampsie, menace d'ailleurs qu'on conjure le plus souvent en instituant à temps le régime lacté exclusif.

L'albuminurie n'intéresse le gynécologue qu'en lui révélant l'état pathologique des reins ou de la circulation sanguine, notion sans importance quant au diagnostic de la génitopathie, mais qui mérite une sérieuse considération quand il s'agit du pronostic ou de traitement.

Hématurie. — L'hématurie est le pissement de sang.

Le sang mélangé à l'urine provient des reins, bassinets, uretères

ou de la vessie. L'hémorrhagie, qui a pour origine l'urètre, se fait goutte à goutte et diffère par conséquent de l'hématurie.

La femme qui pisse du sang, quand elle n'a subi aucun traumatisme portant sur les voies urinaires, est atteinte d'une maladie de la vessie, des uretères, des bassinets ou des reins. Ces diverses maladies ont été étudiées au chapitre réservé aux voies urinaires.

Après toute opération portant sur le voisinage de la vessie, il sera bon de terminer par le cathétérisme vésical. L'urine venant claire indique l'intégrité de la vessie, chargée de sang, révèle au contraire une plaie vésicale à laquelle il conviendra de remédier sur-le-champ.

Pyourie. — Dans la pyourie ce n'est plus du sang qu'on trouve dans l'urine, mais du pus. La provenance peut être la vessie, les uretères, les bassinets, les reins ou un abcès de voisinage ouvert dans les voies urinaires.

Par l'examen seul des urines, il est en général impossible de déterminer la provenance du pus, cependant une pyourie intermittente est plutôt symptomatique d'une suppuration périurinaire.

C'est par l'examen direct de la femme et par celui de ses antécédents qu'on arrive le mieux à poser le diagnostic causal de la suppuration.

Incontinence d'urine. — L'incontinence, c'est-à-dire l'écoulement involontaire d'urine, est tantôt la conséquence de la rétention dont elle constitue un épiphénomène, tantôt se produit à l'état isolé; cette dernière catégorie nous intéresse seule ici, l'autre sera vue avec la rétention.

L'incontinence vraie, c'est-à-dire sans rétention, se produit sous trois influences distinctes :

Causes locales;
Causes de voisinage;
Causes nerveuses.

Causes locales. — Ulcération, cancer, siégeant au col de la vessie. Dilatation et divulsion pratiquées pour l'exploration vésicale.

Causes de voisinage. — Tumeur comprimant et paralysant le sphincter vésical; compression trop prolongée exercée par la tête fœtale au moment de l'accouchement.

Causes nerveuses. — Toute maladie nerveuse, susceptible de paralyser les nerfs se rendant à la vessie ou plus particulièrement au

sphincter vésical, pourra causer l'incontinence d'urine. Certaines névroses, l'épilepsie par exemple, amènent parfois l'écoulement d'urine pendant l'accès, par relâchement momentané du sphincter vésical.

A cette même classe nerveuse appartient l'*incontinence nocturne d'urine*, affection propre à l'enfance et qui se produit tantôt par l'hyperexcitabilité du muscle vésical (miction consciente, mais ne pouvant être maîtrisée), tantôt par l'anesthésie des voies urinaires (miction inconsciente).

Des considérations qui précèdent, on voit qu'en dehors des tumeurs qui viennent comprimer le sphincter vésical, l'incontinence vraie dépend exceptionnellement d'une affection génitale.

Rétention d'urine. — Toutes les fois qu'il y a impossibilité partielle ou absolue à l'évacuation du contenu vésical, on dit qu'il y a rétention, incomplète dans le premier cas, complète dans le second.

Dysurie signifie simple difficulté d'uriner ; *ischurie*, une difficulté plus accentuée, *strangurie* est l'impossibilité absolue de la miction, en général accompagnée de ténesme.

La rétention d'urine, accident fréquent chez la femme, dépend d'une cause :

Tantôt urétro-vésicale ;
Tantôt de voisinage ;
Tantôt de source nerveuse.

Cause urétro-vésicale. — Paralysie du muscle vésical ou obstacle urétral. La paralysie résulte de toute inflammation ou tumeur altérant la paroi musculaire ; l'obstacle est constitué par un calcul, un corps étranger, un rétrécissement, un caillot, ou simplement un spasme du sphincter vésical.

Causes de voisinage. — Pendant la puerpéralité la rétention d'urine n'est pas rare ; dans le cours de la grossesse, elle dépend le plus ordinairement d'une rétrodéviation de l'utérus ; au moment de l'accouchement la rétention résulte de la compression exercée par la partie fœtale sur l'urètre ; durant le postpartum la rétention assez fréquente dans le cours des premiers jours est la conséquence soit de la compression de la vessie pendant l'accouchement, d'où parésie consécutive, soit de la situation horizontale de la femme, quelques sujets ne pouvant pas uriner dans cette position ou du moins ne le pouvant qu'avec difficulté.

En gynécologie, la rétention peut être la suite d'une dévia-

tion utérine, bien que cette cause soit en général insuffisante à empêcher totalement l'écoulement d'urine. Les tumeurs périurétrales aboutiront plus sûrement à ce résultat alors qu'elles exercent une compression suffisante sur l'urètre.

Après toute opération gynécologique de même qu'après l'accouchement, la miction doit être attentivement surveillée, à cause de la fréquence de la rétention pendant les premiers jours consécutifs à l'intervention.

Causes nerveuses. — Toute maladie du système nerveux paralysant le muscle vésical ou contracturant le sphincter vésical est cause possible de rétention d'urine.

Ténesme vésical. — Par ténesme vésical on entend le fréquent besoin d'uriner. La fréquence est souvent le seul élément pathologique ; dans d'autres cas, le besoin devient douloureux, il y a *épreinte*.

Le ténesme se rencontre dans trois groupes de maladies :

Maladies vésico-urétrales ;
Maladies génitales et puerpéralité ;
Maladies nerveuses.

Toute irritation de la vessie au niveau de l'orifice urétral est source de ténesme, que cette irritation dépende d'une inflammation réelle, de la présence d'un corps étranger, d'un traumatisme ou de la composition même de l'urine (urine irritante après l'ingestion de certaines boissons, après l'application d'un vésicatoire).

Le ténesme n'est pas rare pendant la grossesse ; il est symptomatique tantôt d'une cystite coexistante, tantôt de la compression exercée par l'utérus gravide sur le réservoir urinaire.

Le ténesme, qui se produit pendant le postpartum, indique en général une complication septicémique du côté de la vessie.

Le ténesme vésical s'observe souvent dans les déviations utérines : soit en arrière, le col venant appuyer sur l'orifice urétral de la vessie et l'urètre ; soit en avant, le corps augmenté de volume, parfois fixé par des adhérences reposant sur la vessie et gênant son expansion normale. Toutes les affections inflammatoires périvésicales, également susceptibles de gêner l'ampliation de la vessie, peuvent aboutir au même résultat ; j'en dirai autant de certaines tumeurs.

Quelques maladies nerveuses, par exemple l'ataxie locomotrice au début, sont susceptibles de produire le ténesme et de détourner l'attention du véritable diagnostic.

La variété des causes du ténesme impose un examen étiologique attentif, alors qu'on est en présence d'une femme atteinte de ce trouble fonctionnel.

7. — ÉTAT GÉNÉRAL

Un des éléments les plus importants de l'état général est la *fièvre*.

Quand la fièvre a pour origine le système génital, elle indique une complication septicémique dans la sphère des organes génitaux, que cette septicémie aboutisse ou non à la purulence. Le degré de la fièvre mesure l'intensité même du processus septicémique.

Le pouls, depuis le thermomètre, n'a plus qu'une importance secondaire.

L'amaigrissement et la perte de forces, allant parfois jusqu'à un véritable anéantissement, sont souvent symptomatiques d'une maladie chronique des organes génitaux (métrite, salpingo-ovarite). Chez toute femme qui maigrit et s'affaiblit sans cause appréciable, il faut interroger avec soin le système génital, même quand les antécédents ou les symptômes actuels ne conduisent pas à l'idée d'une affection de ce système.

Le facies a aussi son importance dans l'évolution des maladies génitales; un facies normal chez une femme génitalement malade indique un processus léger ou récent; dans les cas de maladie ancienne invétérée le visage prend une expression spéciale décrite sous le nom de *facies utérin*, qui serait mieux dénommée *facies génital*, car il est à peu près identique dans toutes les maladies génitales chroniques. « Le facies utérin, dit Aran [1], consiste dans un aspect tout particulier et ayant réellement quelque chose de caractéristique. La face est amaigrie, quoique assez souvent à un degré peu considérable, mais elle est surtout décolorée, pâle, d'un blanc sale, ne présentant ni la bouffissure des chlorotiques, ni la teinte des maladies cancéreuses, ni celle qui est liée au ramollissement graisseux du cœur; elle a un aspect terne, l'œil est languissant, la physionomie est sans expression avec une teinte jaunâtre particulière. » — Ce facies ne saurait être confondu avec celui désigné sous le nom de *péritonitique*, et qui accompagne l'inflammation péritonéale, car dans ce dernier cas tous les muscles de la face sont grippés, contracturés, donnant au visage un aspect grimaçant caractéristique.

[1] *Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus*, p. 143.

8. — DOULEURS

Certaines localisations douloureuses ayant déjà été étudiées, par exemple les gastralgies, les palpitations, nous n'aurons ici en vue que les douleurs plus directement liées à l'appareil génital, telles les :

Douleurs lombo-sacrées; douleurs de reins;
Douleurs coccygiennes : coccygodynie;
Douleurs hypogastriques;
Douleurs en ceinture;
Douleurs inguinales;
Douleurs ano-périnéo-vulvaires;
Douleurs des membres inférieurs.

Quand, par une exploration attentive, on détermine, à l'aide de la pression, les divers points douloureux dont la femme est affectée, on peut trouver :

Les points douloureux de la névralgie lombo-abdominale;

Les points douloureux de la névralgie sciatique crurale ou obturatrice;

Les points douloureux ovariens ou ovarie;

Des points douloureux vulvo-vaginaux;

Des points douloureux utérins;

Des points douloureux périutérins ou pelviens.

Ces divers points douloureux ont été étudiés dans un chapitre antérieur (voir p. 618); il est inutile d'y revenir ici en détail, je ne parlerai que de leur valeur séméiologique.

Il n'est pour ainsi dire pas d'affection génitale sans douleurs lombo-sacrées, communément désignées sous le nom de *douleurs de reins*. Les liaisons de l'innervation génitale avec la moelle épinière nous expliquent cette fréquence douloureuse.

Tout événement génital d'importance retentit douloureusement sur la région lombaire. Mais de ce qu'une femme souffre des reins on ne saurait conclure dans tous les cas à une affection génitale. Une maladie de la moelle, du rachis, une névralgie essentielle, un simple lumbago peuvent produire des douleurs analogues. L'origine génitale ne pourra donc être déterminée qu'après examen direct, permettant de diagnostiquer la génitopathie suspectée. — D'autre part, les douleurs de reins peuvent coexister avec une lésion minime des organes génitaux, une endométrite légère, une ulcération du

col, et on est en droit de se demander si les phénomènes douloureux dépendent bien de la lésion génitale, la disproportion entre la cause et l'effet paraissant manifeste. A priori, la solution de cette question est difficile, car souvent *à petite lésion correspond une grosse douleur*, ou réciproquement. Mais l'épreuve thérapeutique arrivera à lever les doutes, car en guérissant la génitopathie on pourra suivre l'évolution parallèle de la douleur lombaire.

La douleur coccygienne, désignée sous le nom de *coccygodinie*, reconnaît pour causes, tantôt une maladie génitale (agissant soit directement, soit par voie réflexe sur le coccyx), tantôt une maladie du rectum ou du tissu cellulaire qui l'enveloppe dans sa partie terminale, tantôt une lésion même du coccyx; dans quelques cas enfin, la cause est indéterminable et la névralgie coccygienne paraît être essentielle (voir p. 606).

Les douleurs hypogastriques se manifestent le plus ordinairement sous forme d'une pesanteur surmontant la symphyse pubienne, pesanteur exagérée par la marche et toute fatigue; en dehors des affections du squelette pelvien antérieur et de la paroi abdominale, ces douleurs sont dues soit à une maladie de la vessie, soit plus souvent à une inflammation chronique de l'utérus.

Les douleurs en ceinture suivent le trajet des nerfs abdomino-génitaux et intercostaux inférieurs et présentent souvent les points douloureux spéciaux à ces névralgies.

Les douleurs inguinales tantôt unilatérales tantôt bilatérales, ont pour point de départ un ou plusieurs des nombreux filets nerveux, qui traversent le pli de l'aine (nerfs abdomino-génitaux, fémoro-cutané, génito-crural, crural); elles peuvent encore avoir pour siège anatomique le ligament rond dans son trajet à travers le canal inguinal; ce ligament étant tiraillé par l'utérus dévié.

La douleur inguinale unilatérale indique volontiers une lésion des annexes localisée à un côté, mais par une alternance peu explicable la douleur siège quelquefois du côté opposé à la lésion : ainsi une salpingo-ovarite droite donnera naissance à une douleur inguinale gauche.

Les douleurs ano-périnéo-vulvaires se manifestent sous les formes les plus variées, piqûres, fourmillements, prurit, élancements, pesanteur. La sensation de pesanteur est due le plus ordinairement à la rétrodéviation ou à l'abaissement de l'utérus, ou encore à une tumeur déprimant le plancher pelvien. — Les autres formes de dou-

leur sont tantôt symptomatiques d'une affection génitale, ou recto-anale, tantôt idiopathiques et liées à un état névralgique du nerf honteux interne.

Les douleurs des membres inférieurs, siégeant sur le trajet du sciatique, du crural ou de l'obturateur, dépendent tantôt d'une affection génitale, tantôt d'une des causes ordinaires de ces névralgies ; l'examen génital ne devra jamais être oublié en pareil cas, car son omission pourrait laisser dans l'ombre la véritable source de l'état douloureux.

Parmi les points douloureux qu'on peut déterminer par une pression localisée, les uns dépendent simplement des névralgies dont il vient d'être question et ne méritent pas d'étude spéciale ; les autres, plus intéressants, demandent une analyse plus complète, tels les points *ovariens*, *vulvo-vaginaux*, *utérins*, *pelviens*.

Point douloureux ovarien. *Ovarie.* — Quand on appuie à l'intersection de la ligne réunissant les deux épines iliaques antéro-supérieures avec les verticales tombant sur les éminences pectinéales, on détermine chez la plupart des hystériques un point douloureux, tantôt unilatéral, tantôt bilatéral, c'est le point ovarien, encore désigné sous le nom d'*ovaralgie* ou d'*ovarie*.

Ce point douloureux, gauche de préférence, se rencontre fréquemment chez la femme, même lorsque l'hystérie n'est qu'à l'état d'ébauche ; on en a fait un signe pathognomonique de cette névrose.

Si l'existence de ce point ne saurait prêter à contestation, il n'en est pas de même de la pathogénie.

On a admis deux variétés d'origine :

Origine ovarienne, *ovaralgie* (Piorry, Négrier, Charcot).

Origine musculaire, *myodynie* (Briquet).

Ni l'une ni l'autre ne sont prouvées, aussi la dénomination de *point iliaque* de l'hystérie, accidentellement employée par Charcot, serait-elle préférable.

Ce point douloureux est précieux comme signal de l'hystérie latente ; il révèle l'état nerveux du sujet auquel on a affaire, et indique la nature du terrain sur lequel on doit établir diagnostic, pronostic et traitement.

Points vulvo-vaginaux. — A l'exploration digitale de la vulve, on rencontre parfois un ou plusieurs points douloureux, dus soit à une

ancienne plaie cicatrisée, soit à l'inflammation d'une des glandes de Bartholin, soit à la névralgie d'un filet nerveux.

Des points analogues peuvent exister dans le vagin, mais ils dépendent le plus ordinairement de l'état pathologique d'un des organes avoisinants.

Points utérins. — Le toucher vaginal réveille au niveau de l'utérus une douleur :

Tantôt limitée ;
Tantôt généralisée ;
Tantôt irradiée.

En un point quelconque de l'utérus on peut rencontrer un ou plusieurs territoires douloureux pas plus grands qu'une pièce de cinquante centimes, souvent même plus petits. Ces zones douloureuses sont dues tantôt à de petits nodules cicatriciels, ainsi qu'on l'observe souvent aux commissures du museau de tanche, tantôt à de petits nodules inflammatoires, ou à de petits fibrômes siégeant en une région quelconque de la surface utérine.

La douleur, au lieu de rester localisée à un point de l'utérus, se généralise parfois à tout l'organe, qui devient également sensible dans toute son étendue. Cette sensibilité douloureuse dépend tantôt d'une métrite généralisée, tantôt d'un état névralgique de tout l'utérus, hystéralgie.

La douleur se généralise-t-elle davantage ? non seulement l'utérus, mais son voisinage présente une sensibilité anormale, de telle sorte que tous les organes du petit bassin semblent plongés dans un bain douloureux. Cet état de névralgie généralisée s'accompagne ordinairement de la congestion de tous les organes pelviens. Il est dû ordinairement à l'état pathologique de l'un d'eux, métrite, ovarite, avec complication inflammatoire du côté du péritoine ou du tissu cellulaire ; dans d'autres cas, l'élément douloureux semble exister seul avec l'élément congestif, mais sans inflammation réelle, de telle sorte que la pathogénie de cette hypéresthésie nous échappe. Ce sont ces cas qu'on tend actuellement à rattacher à un état pathologique du système nerveux sous le nom de *neurasthénie*, sorte de détraquement fonctionnel qui a les centres nerveux comme point de départ.

Points périutérins ou pelviens. — En dehors de la douleur généralisée dont il vient d'être question, on trouve dans le bassin des

points douloureux localisés aux ovaires, aux trompes, à certains territoires des ligaments larges, du rectum, de la vessie. Ces divers points douloureux dépendent soit d'un état inflammatoire de l'organe sensible, soit d'une simple névralgie.

9. — COLIQUES

Quand un organe pourvu de fibres musculaires lisses se contracte douloureusement, la colique existe.

Suivant l'organe on aura donc :

Intestins	Colique intestinale.
Voies biliaires. . .	Colique hépatique.
Bassinets et uretères.	Colique néphrétique.
Vessie	Colique vésicale.
Trompes	Colique salpingienne.
Utérus	Colique utérine.

La colique est constituée par une douleur *intermittente*, comme les contractions qui leur donnent naissance et dont les caractères concomitants permettent le plus souvent d'établir la nature.

Colique intestinale. — Douleur en général périombilicale; ordinairement coexistence de diarrhée, à moins qu'il ne s'agisse d'une cause spéciale (intoxication saturnine, occlusion intestinale).

Colique hépatique. — Douleur au creux épigastrique, dans l'hypochondre droit au niveau du foie, dans l'épaule droite, en particulier à l'angle inférieur de l'omoplate (point scapulaire). Début après les repas, durée six à douze heures. Vomissements et ictère fréquents. Quelquefois on trouve le calcul pathogène dans les matières fécales.

Colique néphrétique. — Douleur aiguë débutant brusquement, localisée dans la région lombaire, avec irradiations vers la vessie, l'urètre, le canal inguinal, la grande lèvre. Durée de quelques heures à quelques jours. Quelquefois on peut trouver dans l'urine le calcul pathogène de la crise.

Colique vésicale. — Douleurs hypogastriques intermittentes, accompagnées de ténesme vésical avec ou sans difficulté de la miction. Cause : surdistention ou inflammation de la vessie, corps étranger intra-vésical.

Colique salpingienne. — Douleurs intermittentes survenant par crises et siégeant sur un des côtés de l'utérus. Evacuation par l'utérus de sérosité ou de pus pendant la durée de la crise.

Colique utérine. — Douleur intermittente occupant en général l'hypogastre avec retentissement dans la région lombaire, gagnant l'hypogastre sous forme de ceinture; irradiation à la partie antérieure ou postérieure des cuisses. Ces coliques sont normales au moment de l'accouchement et constituent les douleurs de l'enfantement, pathologiques pendant la grossesse et aussi pendant le postpartum où elles sont habituellement désignées sous le nom de tranchées. En dehors de la puerpéralité, les coliques utérines se montrent au moment des règles chez les femmes atteintes de dysménorrhée; on les voit aussi se produire momentanément à la suite d'une exploration intra-utérine, ou de l'application d'une tige médicamenteuse dans l'utérus. Ces coliques peuvent enfin se produire alors qu'il existe de la congestion ou de l'inflammation soit de l'utérus, soit des annexes utérines. La colique utérine constitue donc un accident fréquent dont la cause doit être recherchée dans l'état pathologique même du système génital.

10. — PRURIT

Le prurit vulvaire est caractérisé par une démangeaison plus ou moins intense occupant la vulve et se prolongeant souvent au pourtour de l'anus (voir p. 607).

Ce prurit peut être d'origine vulvaire, génito-urinaire, ou centrale.

Vulvaire, quand une affection locale, eczéma, psoriasis, parasites (oxyures), agit directement sur les extrémités nerveuses.

Génito-urinaire, alors que les propriétés irritantes de l'urine (glycosurie, pyourie) enflamment la vulve, ou qu'une affection génitale produit une irritation analogue, soit par l'écoulement dont elle est la source, soit par action réflexe.

Centrale, lorsque le prurit dépend d'une maladie du système nerveux.

Le prurit anal se développe dans les mêmes conditions, mais aussi dépend souvent d'une fissure ou d'hémorrhoïdes.

11. — AMÉNORRHÉE

L'étude de l'aménorrhée a été faite complètement au chapitre XIII; je me contente donc de la mentionner ici.

12. — MÉTRORRHAGIE

Voir également le chapitre XIII.

13. — DYSMÉNORRHÉE

Voir aussi le chapitre XIII.

14. — STÉRILITÉ

La stérilité, dont la cause peut être masculine ou féminine, a fait l'objet du chapitre XIV, et toutes les causes qui sont susceptibles d'en être l'origine de part et d'autre ont été passées en revue.

15. — TROUBLES DE LA FONCTION SEXUELLE

Les troubles de la fonction sexuelle ont été étudiés avec la stérilité (voir p. 697).

16. — SENSATION DE MOUVEMENTS INTRA-ABDOMINAUX

Quand une femme, suivant l'expression consacrée, *sent remuer*, la grossesse est pour elle certaine. Cette certitude ne saurait être acceptée par le médecin, car de temps en temps on rencontre des femmes aux confins de la ménopause ou atteintes d'une tumeur abdominale, qui éprouvent ces mouvements dus soit à des contractions intestinales, soit aux pulsations de l'aorte, soit purement imaginatifs, et qui ne sont nullement enceintes. Donc tout en tenant compte des renseignements fournis par la patiente, et qui sont exacts dans la majorité des cas, il faut, pour établir le diagnostic différentiel de la grossesse ou d'une autre affection possible, se baser sur les signes de certitude ou de probabilité ordinaires.

17. — AUGMENTATION DU VOLUME ABDOMINAL

Quand l'abdomen féminin est le siège d'une augmentation progressive de volume, les deux idées qui viennent d'abord à l'esprit

du gynécologue, c'est la possibilité d'une grossesse ou d'une tumeur, la première étant en somme une tumeur physiologique.

Mais à côté de ces tumeurs réelles il en est de fausses, encore connues sous la dénomination de *tumeurs fantômes*, ce sont :

Le tympanisme,
L'obésité,
L'ascite.
} (Gaz, graisse, liquide.)

Le tympanisme se manifeste par une sonorité exagérée de tout l'abdomen ; il varie volontiers d'une exploration à l'autre ; il disparaît avec le chloroforme, qu'il faut parfois administrer pour compléter un diagnostic douteux.

L'obésité est tantôt généralisée, tantôt localisée à l'abdomen, surtout trompeuse dans ce dernier cas. En pinçant la paroi abdominale, on apprécie son épaisseur ; le développement adipeux ne permet au palper aucune localisation de tumeur, les doigts nageant dans le vague.

L'ascite se révèle par ses signes classiques : matité vers les parties déclives de l'abdomen, variant avec la position de la femme ; sensation de flot.

En résumé, auprès d'un gros ventre, nous nous poserons successivement chez la femme les questions suivantes :

1° Y a-t-il tympanite ?
2° Y a-t-il obésité ?
3° Y a-t-il ascite ?
4° Y a-t-il grossesse ?
5° Y a-t-il tumeur ?

18. — MODIFICATIONS DE LA COLORATION ABDOMINO-GÉNITALE

Chez la gestante diverses régions du corps se pigmentent, notamment la ligne médiane de l'abdomen (ligne brune), ainsi que la vulve, surtout dans les parties les plus saillantes de ses replis. Bien que cette pigmentation, qu'accompagne une coloration violacée de toute la muqueuse génitale, soit un assez bon signe de grossesse, il faut se garder d'en faire un signe pathognomonique de la gravidité, car elle peut s'observer avec toute gêne de la circulation, notamment avec les tumeurs de l'abdomen qui gênent le retour du sang vers le cœur.

19. — VERGETTURES

Les éraillures sous-épidermiques, qui constituent les vergettures, et qu'on observe le plus habituellement sous l'influence de la gros-

Fig. 522. — Vergettures abdominales.

sesse, se produisent avec toute hypertension de la peau; leur valeur séméiologique est donc de valeur très secondaire.

20. — MODIFICATIONS DE L'OMBILIC

Sous l'influence de la grossesse, la dépression ombilicale commence par se creuser, elle s'aplatit de trois à six mois; la dépression est remplacée par une légère saillie dans le dernier trimestre.

Dans l'ascite, à mesure que l'épanchement augmente, la cicatrice ombilicale se déplisse, puis arrive à faire une saillie, qui varie du volume d'une noisette à celui du poing.

Avec une tumeur abdominale, à moins d'adhérences, les modifications sont analogues à celles produites par l'ascite.

Ces diverses modifications doivent être connues des médecins, mais elles n'ont en somme aucune valeur séméiologique importante.

21. — ULCÉRATIONS ET TUMEURS DES ORGANES GÉNITAUX

Les ulcérations et tumeurs des organes génitaux ont été étudiées au chapitre IV, auquel je renvoie pour les détails de leur diagnostic.

22. — ÉCOULEMENTS NON SANGUINS

Hydrorrhée. — Leucorrhée. — Ichorrhée.

Leucorrhée signifie écoulement blanc (λευκος blanc, ρειν couler) et englobe tous les écoulements :

Muqueux ;
Purulents ;
Muco-purulents,

qui se font par la vulve. Cet écoulement n'est donc pas toujours blanc mais souvent jaune, ou jaune verdâtre, cette dernière coloration indiquant la présence du pus.

Quand la leucorrhée devient fétide, elle prend le nom d'ichorrhée (ιχωρ, sanie) ; c'est donc l'odeur qui constitue l'élément caractéristique de l'ichorrhée, c'est par l'odorat qu'on fera son diagnostic. Souvent, en cas d'ichorrhée, l'écoulement se montre sanguinolent, mais ici la couleur représente un élément accessoire, c'est l'odeur qui donne la note dominante et caractéristique.

L'hydrorrhée (υδωρ eau, ρειν) est constituée par l'écoulement de sérosité plus ou moins transparente.

Ainsi :

Leucorrhée	Ecoulement muco-purulent ;
Ichorrhée	Ecoulement fétide ;
Hydrorrhée	Ecoulement séreux.

L'ichorrhée se rencontre dans deux circonstances :

Avec les néoplasmes cancéreux ;
Avec toute putréfaction intra-génitale.

L'odeur nauséabonde de l'écoulement cancéreux est bien connue et ne demande pas insistance.

Tout corps se putréfiant dans les organes génitaux (tumeur fibreuse, fœtus, placenta) donne naissance à un écoulement fétide qui persistera autant que la cause qui en est l'origine.

L'HYDRORRHÉE peut exister pendant la puerpéralité ou en dehors d'elle.

Puerpérale, elle se montre pendant la grossesse ; elle est amenée soit par la rupture de l'œuf (hydrorrhée amniotique), soit par l'inflammation plus ou moins localisée de la caduque et de ses glandes (hydrorrhée déciduale), sorte d'endométrite séreuse compatible avec la continuation de la grossesse jusqu'à terme, alors qu'avec l'hydrorrhée amniotique, l'œuf étant rompu, la femme est menacée d'avortement à assez brève échéance.

Apuerpérale, l'hydrorrhée est excessivement rare; on la rencontre avec l'hydrométrie, l'hydrosalpinx, alors que l'orifice utérin ou tubaire n'est pas complètement oblitéré et livre passage à une partie du contenu pathologique.

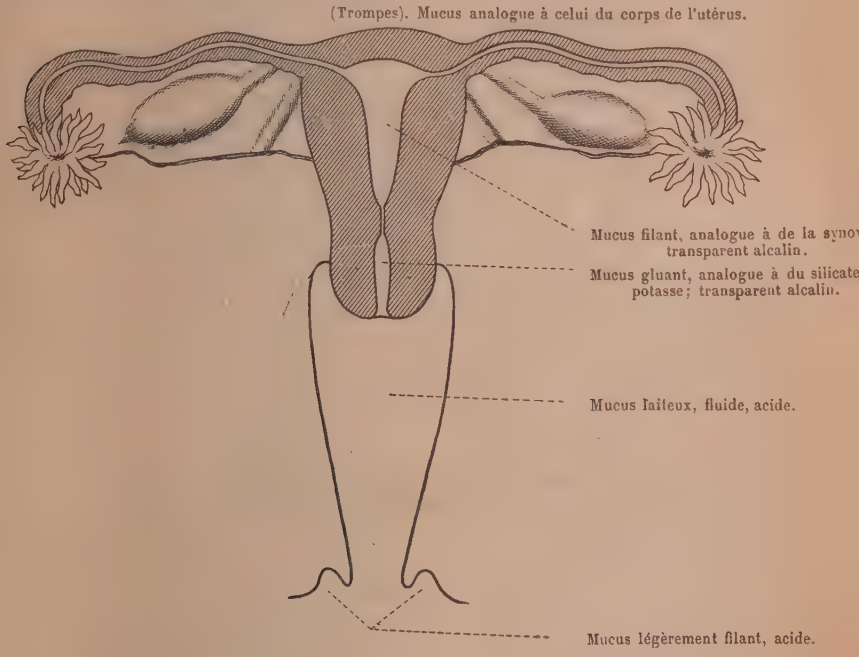


Fig. 523. — Caractères et réaction des sécrétions génitales.

La LEUCORRHÉE a pendant longtemps été décrite comme une maladie, à tort, car elle n'est qu'un symptôme, et c'est seulement à ce dernier titre qu'elle doit être examinée.

Mais avant de parler de l'écoulement pathologique des organes génitaux, disons un mot des *sécrétions normales*.

Les glandes vulvaires, notamment celles de Bartholin, les deux reines de la région, sécrétent une substance grasse dont la coagulation dans les plis vulvaires amène la formation du smegma. La sécrétion de ces glandes devient active, surtout au moment du coït, de manière à favoriser la pénétration pénienne.

La sécrétion du vagin est analogue à du lait dilué. Ce mucus opalescent, sécrété en faible quantité, se coagule dans le vagin et forme des fragments caséeux.

Tandis que la sécrétion du vagin est fluide et acide, celle de l'utérus est visqueuse et alcaline. Ce liquide gluant, que les femmes comparent volontiers à du blanc d'œuf, est transparent.

La sécrétion des trompes est à peu près nulle; ses caractères la rapprochent de celle de l'utérus.

La figure 523 schématise ce qui précède.

A l'état normal, la sécrétion génitale est d'abondance assez faible pour constituer une simple humidité de surface sans souiller le linge de corps; une chemise tachée indique un état pathologique, à plus forte raison si l'écoulement est suffisant pour nécessiter l'usage de linges spéciaux, destinés à absorber la sécrétion génitale.

Cet écoulement leucorrhéique, par ses caractères, peut mettre sur la voie du processus et de la localisation pathologique dont il dérive.

Une distinction très importante s'impose au seuil de cette étude; il y a deux sortes de leucorrhée :

L'une purulente;

L'autre apurulente, c'est-à-dire sans pus.

a. La *leucorrhée purulente* se reconnaît au microscope par la présence du pus, mais l'œil même suffit à la diagnostiquer : couleur jaune, en effet, signifie purulence et purulence implique inflammation. En présence d'un écoulement jaunâtre, on peut donc affirmer l'inflammation d'une région quelconque des organes génitaux, *fluide* quand la provenance est vulvo-vaginale, *gluant* quand elle est utérine ou tubaire.

b. La *leucorrhée apurulente* se reconnaît à ses caractères négatifs, absence de coloration jaune. Cet écoulement, désigné autrefois sous le nom de catarrhe, mot inutile, car il n'a pas de signification précise, résulte d'une hypersécrétion génitale, tantôt momentanée, tantôt prolongée. — Les causes de cette hypersécrétion ne sont pas

encore parfaitement connues ; voici cependant celles dont l'influence paraît la plus nette :

Corps étrangers occupant le vagin ou la cavité utérine (pessaire) ;

Vêtement serré gênant la circulation génitale ;

Affection périgénitale entretenant une irritation continue de l'utérus et du vagin ;

Constipation opiniâtre ;

Action du froid sur les extrémités.

La scrofule semble prédisposer d'une façon notable à la leucorrhée ; peut-être même suffit-elle à elle seule pour amener la permanence de cet écoulement.

La grossesse produit aussi la leucorrhée chez certaines femmes.

Je mentionnerai également comme cause de leucorrhée : la masturbation, la malpropreté des organes génitaux les entretenant dans un état constant d'irritation.

Certains aliments, notamment le café au lait, sont incriminés par nombre de femmes et d'anciens médecins ; les preuves scientifiques manquent.

23. — ÉCOULEMENTS SANGUINS

L'écoulement sanguin qui provient des organes génitaux, ou *génitorrhagie*, dont la métrorrhagie constitue la variété la plus importante, a été étudié en détails au chapitre XIII avec l'emménologie.

24. — TYMPANISME ABDOMINAL

Par tympanisme abdominal, on entend la tension du ventre sous l'influence des gaz. En cas de péritonite septique, ces gaz peuvent occuper la cavité même du péritoine, mais c'est là une grande exception, ils sont d'habitude accumulés dans la cavité intestinale.

Cette accumulation se fait sous une des trois influences suivantes :

1° Formation excessive de gaz résultant d'une digestion vicieuse ;

2° Manque de tonicité des parois intestinales et abdominales, ainsi qu'on l'observe chez les hystériques et les femmes fatiguées par des grossesses nombreuses ;

3° Obstacle au cours des matières fécales, alors qu'il y a rétrécissement ou occlusion de l'intestin.

C'est dans une de ces catégories qu'il faudra chercher la cause du tympanisme constaté et instituer un traitement en rapport avec la pathogénie.

25. — FLUCTUATION ABDOMINALE

Quand du liquide est enfermé dans la cavité abdominale, il peut à l'exploration manuelle fournir deux sortes de sensations :

Tantôt (fig. 524), en appliquant une main de chaque côté de

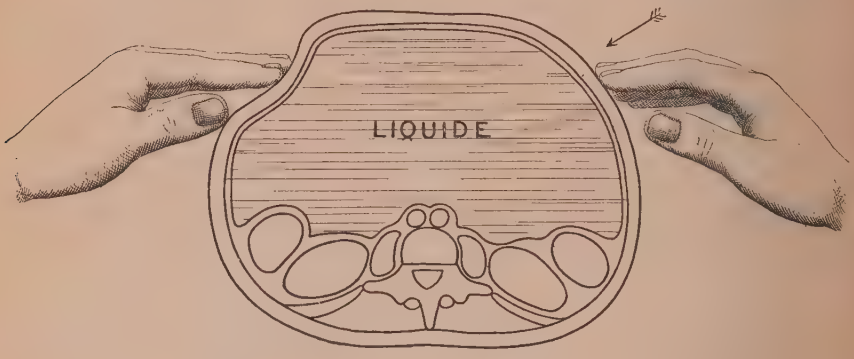


Fig. 524. — Fluctuation. — Sensation de soulèvement.

l'abdomen, si on exerce une pression d'un côté, on éprouve de l'autre une *sensation de soulèvement*, c'est la fluctuation proprement dite; — tantôt (fig. 525), une main étant posée à plat sur la

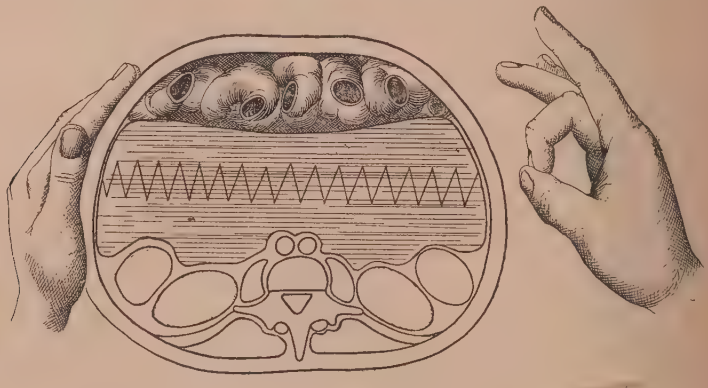


Fig. 525. — Fluctuation. — Sensation de flot.

paroi abdominale, si avec l'autre on imprime un choc brusque à un point opposé, la première main éprouve un choc, c'est la *sensation de flot*.

Donc : *Sensation de soulèvement;*
Sensation de flot.

La sensation de soulèvement existe avec tous kystes uniloculaires ou pauciloculaires, quand il y a faible tension intérieure; on la trouve également dans la grossesse normale; elle disparaît quand la tension intra-kystique devient trop considérable.

La sensation de flot se rencontre dans trois cas :

Avec l'ascite, cause la plus fréquente de sa production ;

Avec la grossesse compliquée d'hydramnios; l'exagération dans la quantité du liquide amniotique est indispensable pour sa production, car dans les conditions normales le fœtus fait écran, et la transmission de l'ondulation est arrêtée ;

Avec certains kystes monoculaires, à grand développement et à faible tension, quand par exemple une partie du contenu a été évacuée par une ponction.

26. — TUMEURS ABDOMINALES

L'étude des tumeurs abdominales a été faite au chapitre XII, où on trouvera tous les détails relatifs à leur diagnostic.

27. — BRUITS INTRA-ABDOMINAUX

En appliquant l'oreille sur un abdomen féminin on peut entendre :

Soit des bruits intestinaux;
Soit des bruits vasculaires;
Soit des bruits fœtaux, alors qu'il y a grossesse.

Les bruits intestinaux n'ont aucune valeur séméiologique.

En dehors du souffle perçu, alors qu'on déprime la paroi abdominale au-devant de l'aorte, on peut pendant la grossesse en un point quelconque de l'utérus, mais de préférence sur les côtés, entendre un souffle synchrone aux pulsations maternelles. La constatation de ce souffle n'a d'ailleurs qu'un intérêt théorique, car on peut le rencontrer avec des tumeurs utérines n'ayant aucun rapport avec la puerpéralité.

Les bruits fœtaux sont au contraire caractéristiques d'une grossesse, et leur constatation est du plus haut intérêt, alors qu'on a à poser le diagnostic de l'état de gravidité.

Les bruits fœtaux sont au nombre de trois :

Le double battement fœtal, résultat du fonctionnement cardiaque de l'enfant;

Le souffle fœto-funiculaire ;
Les chocs produits par les mouvements fœtaux.

28. — MODIFICATIONS DU VAGIN AU TOUCHER

Pendant la grossesse, un vagin sec indique l'absence de travail, un vagin granuleux révèle la présence d'une vaginite. Alors que la partie fœtale est engagée, le doigt peut, en déprimant les tissus à sa surface, sentir des pulsations artérielles, pouls vaginal d'Osiander, qui révèle simplement la suractivité circulatoire due à la puerpéralité.

En dehors de la puerpéralité, les renseignements fournis par le toucher vaginal ont trait soit aux blessures, soit aux tumeurs, soit aux déplacements par des néoplasmes de voisinage.

29. — MODIFICATIONS DU COL AU TOUCHER

Le toucher renseignera sur la situation, sur la consistance et sur la forme du col.

Situation. — Le col est placé au fond du vagin juste à portée du doigt explorateur. Si le doigt rencontre le col avant sa pénétration complète dans le vagin, c'est qu'il y a abaissement de l'utérus, et s'il ne peut le trouver après pénétration complète, c'est qu'une déviation utérine, soit pendant la grossesse soit en dehors d'elle, a entraîné le col ou en arrière ou en avant, loin de sa position normale.

Consistance. — Le col fournit au doigt explorateur une consistance à peu près analogue à celle de la langue volontairement pointée hors de la bouche. Le col se ramollit sous l'influence des règles, de la grossesse, d'une inflammation aiguë ; il se durcit au contraire à la suite d'un processus inflammatoire chronique, en cas d'allongement hypertrophique, quand il y a envahissement épithélioma-teux.

Forme. — Les modifications de forme sont surtout intéressantes pendant la puerpéralité. Le col s'hypertrophie durant la grossesse, il s'efface et se dilate au moment de l'accouchement, puis reprend progressivement son ancienne forme pendant le postpartum. — En dehors de la puerpéralité, les modifications de forme sont celles qui

surviennent à la suite de déchirure, d'ectropion, de l'hypertrophie par l'envahissement de tumeurs fibreuses et cancéreuses. Je ne fais que mentionner les déformations congénitales du col, dont il a été question à propos de la stérilité.

30. — TOUCHER INTRA-UTÉRIN

Pendant la puerpéralité, le toucher intra-utérin est quelquefois indispensable pour diagnostiquer soit la présence, soit la position du fœtus, soit le contenu de l'utérus; ce toucher sera tantôt digital, tantôt manuel.

En dehors de la puerpéralité, après dilatation préalable et abaissement de l'utérus, on pourra avec le doigt explorer toute la cavité utérine, afin de se renseigner sur la présence de tumeurs, et sur leur mode d'implantation.

31. — TUMEURS PELVIENNES PERÇUES AU TOUCHER

Le doigt qui a franchi l'orifice vulvaire et qui chemine dans la direction de l'utérus peut rencontrer une tumeur

Soit le long des parois vaginales.	Tumeur vaginale;
Soit au niveau même de l'utérus.	Tumeur utérine;
Soit dans un des culs-de-sac vaginaux.	Tumeur des culs-de-sac.

Quelques mots sur chacune de ces variétés :

Tumeur vaginale. — La tumeur, qui siège dans la paroi même du vagin, est le plus souvent un kyste. Autour du vagin nous avons en avant les tumeurs de la vessie et de l'urètre, en arrière celles du rectum, latéralement celles du tissu cellulaire. Sur les côtés du vagin ou en arrière de lui on peut rencontrer parfois l'intestin hernié.

Tumeur utérine. — Tantôt cervicale, tantôt corporéale.

Cervicale. — Fibrôme, cancer, hypertrophie et allongement.

Corporéale. — Grossesse, fibrôme, cancer, sarcôme, exceptionnellement môle hydatiforme, hydrométrie, physométrie, hématométrie, kystes hydatiques.

Tumeur des culs-de-sac. — Culs-de-sac antérieur, postérieur, latéraux.

Cul-de-sac antérieur.

1. *Antédéviation utérine.* — Tumeur ordinairement mobile, quelquefois fixe, rappelant exactement par sa forme et sa consistance le corps de l'utérus.

2. *Fibrôme.* — Tumeur dure, en général arrondie, appendue à la face antérieure de l'utérus et perceptible au doigt.

3. *Tumeur inflammatoire.* — Pelvi-péritonite ou pelvi-cellulite. Fièvre, mauvais état général. Empâtement local; fluctuation et suppuration.

4. *Tumeur vésicale.* — Cancer et fongus vésical, calcul, cystite avec péricystite, amenant un épaississement plus ou moins considérable du tissu cellulaire périvésical.

Cul-de-sac postérieur. — Ne pas prendre pour une tumeur les matières fécales souvent accumulées dans le rectum.

1. *Rétrodéviation utérine.* — Le corps de l'utérus, reconnaissable à sa forme et sa consistance, occupe le cul-de-sac de Douglas; impossibilité de sentir le corps de l'utérus dans sa situation normale.

2. *Tumeur inflammatoire.* — Pelvi-péritonite. En arrière de l'utérus empâtement douloureux, avec fluctuation s'il y a suppuration. Fièvre, vomissements.

3. *Hématocèle intra-péritonéale.* — Masse d'abord fluctuante, puis s'indurant progressivement, et occupant toute la loge péritonéale rétro-utérine. Début brusque et violent au moment des règles, avec suppression de l'écoulement menstruel. En général, résolution progressive, parfois suppuration.

4. *Fibrôme.* — Tumeur dure égale, tantôt mobile, tantôt immobile, indolente ou douloureuse suivant les cas, repoussant l'utérus en avant vers la symphyse pubienne. Les mouvements qu'on lui imprime se communiquent à l'utérus.

5. *Tumeur ovarienne.* — Ovaire séro-kystique ou purulent. Kyste multiloculaire au début. La tumeur, tombée dans le cul-de-sac de Douglas, est difficile à distinguer d'un fibrôme utérin, et l'erreur n'est souvent reconnue qu'après laparotomie.

6. *Tumeur rectale.* — Cancer, tumeur inégale, en général accessible par le toucher rectal.

Culs-de-sac latéraux.

1. *Latérodéviation utérine.* — Mêmes caractères que les déviations en avant ou en arrière, sauf la direction du corps utérin.

2. *Fibrôme.* — Tumeur ronde, égale, mobile avec l'utérus, mais ici la mobilité est restreinte, la tumeur étant en général emprisonnée dans le ligament large.

3. *Tumeur inflammatoire.* — Salpingo-ovarite, phlegmon du sommet ou de la base du ligament large. Tumeur douloureuse, en forme de virgule renversée quand il s'agit de salpingo-ovarite, occupant le diamètre transversal du ligament large quand il y a phlegmon du ligament large, facilement accessible s'il s'agit du phlegmon de la base, plus difficilement avec un phlegmon du sommet. Etat général fébrile, en rapport avec l'intensité de l'inflammation locale.

4. *Hématocèle sous-péritonéale.* — Tumeur molle d'abord, puis s'indurant progressivement, jusqu'à prendre une consistance ligneuse; siège dans le ligament large, souvent avec un prolongement rétro-utérin, envahissant en partie le ligament large du côté opposé. Déviation de l'utérus du côté opposé à la tumeur et en avant. Début brusque analogue à celui de l'hématocèle intra-péritonéale. Terminaison par résolution, exceptionnellement par suppuration.

5. *Grossesse extra-utérine.* — Tumeur difficilement perceptible au début, occupant d'abord le cul-de-sac latéral, et ne tardant pas à envahir le postérieur. Signes locaux analogues à ceux fournis par un kyste de l'ovaire avec développement rapide. Phénomènes sympathiques de la grossesse. Douleurs locales, hémorrhagies utérines, accidents possibles de rupture et d'hématocèle, sinon, apparition des signes de certitude de la grossesse; difficulté à ce moment, non de diagnostiquer la grossesse qui devient évidente, mais de savoir si elle est intra ou extra-utérine.

6. *Tumeur volumineuse.* — Toute tumeur abdominale peut à un moment de son évolution envahir le petit bassin, et être perceptible dans un des culs-de-sac vaginaux. Le toucher fournira alors des renseignements précieux, qui permettront de compléter ceux donnés par l'exploration abdominale, et aideront ainsi à parfaire le diagnostic.

TABLE ANALYTIQUE DES MATIÈRES

INTRODUCTION 1

CHAPITRE PREMIER

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

I. *Etiologie générale*. 9

1. Congestion.
2. Microbes.
3. Traumatismes.
4. Troubles dans la statique utérine.
5. Malformations congénitales et acquises.
6. Tumeurs.
7. Maladies cutanées.
8. Troubles fonctionnels.

II. *Symptomatologie* 12

1. Douleurs.
2. Troubles fonctionnels.
3. Modifications de l'état général.
4. Changements de couleur et d'aspect des organes génitaux.
5. Modifications de la sonorité abdominale.
6. Modifications de forme, de volume, de situation et de consistance.
7. Changements produits dans la circulation génitale.

III. *Diagnostic général* 13

Généralités.

Table à examen.

Position de la femme. — Horizontale. { dorsale. latérale. génupectorale.

— — Verticale.

a. Interrogatoire 17

b. Inspection.

c. Palpation et percussion.

d. Auscultation.

e. Toucher . . . . . { urétro-vésical. 20
ano-rectal 21
vagino-utérin. 23

f. Exploration instrumentale. { exploration génitale. 29
— urinaire. 38
— intestinale. 41

IV. *Pronostic général*. 44

CHAPITRE II

THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE

1. Médicaments pris à l'intérieur 45
(Ergot ; morphine ; hydrastis ; viburnum ; hamamelis).
2. Hydrothérapie. 46
Divers procédés.
Douches.
Bains.
Mode d'action.
Indications et contre-indications.
3. Eaux minérales 48
4. Hygiène du vêtement (vêtements, ceinture). 50
Corset. — Ceinture hypogastrique. — Ceinture abdominale.
5. Emissions sanguines locales. — Révulsifs. — Caustiques. 52
6. Antiseptiques 54
7. Injections cavitaires et interstitielles. 59
Injections interstitielles.
Injections cavitaires.
a. Vaginales 60
1° antiseptiques.
2° thermiques.
3° mécaniques.
4° médicamenteuses.
b. Utérines 65
c. Vésicales. 66
d. Rectales 67
8. Tampons, suppositoires, topiques. 68
9. Pessaires 71
Médicamenteux.
Instrumentaux.
10. Gymnastique, massage. 76
11. Électricité 81
Franklinisation 81
Faradisation 82
Galvanisation. 87
12. Opérations. (Principes généraux.). 93
Généralités.
Salle d'opération. Température.
Table, instruments.
Anesthésie locale et générale.

Opérations.
1° Abdominales 95
Boîte à instruments.
Aides, leur disposition.
Soins consécutifs.
2° Vulvaires 99
Boîte à instruments.
Aides, leur disposition.
Soins consécutifs.
Appendice 104
Position de Sims.
Position de Trendelenburg.
Position génupectorale.

CHAPITRE III

MALFORMATIONS GÉNITALES

1. Développement des organes génitaux 107
a. Développement des organes profonds;
b. Développement des organes superficiels.
2. Bifidités 111
a. Développement égal des deux moitiés;
b. Développement inégal des deux moitiés.
3. Abouchements anormaux et imperforations 114
a. Abouchements anormaux;
b. Imperforations.
4. Hermaphrodisme 120
a. Gynandrie;
b. Androgynie.
5. Etats rudimentaires 124
a. Vulve;
b. Vagin;
c. Utérus.
6. Malformations diverses. 125
a. Anneaux congénitaux;
b. Brides.
7. Fistules. 126
a. Fistule vésico-vaginale;
b. Fistule vagino-rectale;
c. Fistule urétro-vaginale;
d. Fistule vagino-anale;
e. Fistule vésico-utérine;
f. Fistule recto-utérine;
g. Fistule uretéro-vaginale;
h. Fistule entéro-vaginale.

CHAPITRE IV

VULVE ET VAGIN

1° *Anatomie et physiologie.* 141
Premier plan : Mont de Vénus. — Grandes lèvres. — Périnée.
Deuxième plan : Capuchon. — Clitoris. — Petites lèvres. — Fourchette.
Troisième plan : Vestibule. — Méat et tubercule. — Vagin. — Hymen.

2° *Inflammations.*

a. Inflammations deutéropathiques. 150
1. Ulcéreuse.
2. Gangréneuse.
3. Diphtéritique.
4. Dysentérique.
5. Gravidique.
6. Sénile.

b. Inflammations protopathiques 154
1. Traumatiques.
2. Septicémiques.
3. Blennorrhagiques

3° *Eruptions et ulcérations* 160

a. Contagieuses 161
1. Herpès.
2. Folliculite.
3. Chancre mou.
4. Manifestations syphilitiques.
5. Lupus (tuberculose).

b. Non contagieuses. 167
1. Eczéma.
2. Psoriasis.
3. Pemphigus.

4° *Tumeurs.*

a. Gazeuses
1. Kystes gazeux.. 168
2. Hernies 169

b. Liquides.
3. Kystes. 169
4. Hématomes. Thrombus. 171
5. Abcès 171
6. Tumeurs érectiles 172
7. Varices.
8. Œdème.

c. Solides.
9. Furoncles. Anthrax. Bartholinite.
10. Végétations 173
11. Éléphantiasis 174
12. Fibrôme. Myôme Lypôme et Sarcôme 175
13. Cancer 176

5° *Traumatismes* 177
Variétés.
Traumatismes non obstétricaux.
Traumatismes obstétricaux.
Déchirure centrale.
Déchirure :
— simple ou périnéale.
— compliquée ou périnéo-anale.
Traitement. *Périnéoraphie* 180
Moment de choix.
Procédé de choix.
1. Déchirure centrale.
2. Déchirure compliquée.
Méthode de Simon-Hégar 181
3. Déchirure simple.
Méthode de Simon 183
Méthode de Lawson-Tait. 184
6° *Parasites. Névralgies. Prurit* 185

CHAPITRE V

GÉNITALITE

Généralités. 191

I. *Anatomie normale et pathologique; symptomatologie.* 194
Utérus. 194
Anatomie normale et pathologique. — Symptomatologie.
Trompes et ovaires. 205
Anatomie normale et pathologique. — Symptomatologie.
Tissu cellulaire et péritoine. 218
Anatomie normale et pathologique. — Symptomatologie.

II. *Pathogénie et étiologie* 232
1. Métrite puerpérale 233
2. — blennorrhagique 236
3. — accidentelle 236
4. — tuberculeuse 237
5. — secondaire 238
6. — crépusculaire. 238
7. — diathésique. 239
8. Congestion utérine. 240

III. *Diagnostic et traitement.* 241
a. Accidents aigus 241
Diagnostic.
Métrite.
Salpingo-ovarite.
Pelvi-cellulite.
Pelvi-péritonite.
Traitement.

b. Accidents chroniques 245
1° *Endométrite* 245
Diagnostic. — Traitement.
2° *Métrite généralisée* 257
Diagnostic. — Traitement.
3° *Salpingo-ovarite* 268
Diagnostic. — Traitement.
4° *Pelvi-cellulite et pelvi-péritonite* 270
Diagnostic. — Traitement.
5. *Suppurations complexes* 273
Castration utérine.

CHAPITRE VI

DÉVIATIONS UTÉRINES

Statique normale de l'utérus.
Axe de l'utérus 285
Ligaments utérins 287
Diaphragme pelvien 289

Anatomie pathologique, symptomatologie, pathogénie, étiologie 291
1. Flexions.
a. Antéflexion 291
b. Rétroflexion 296
2. Versions.
a. Antéversion 301
b. Rétroversion 304
3. Prolapsus.
a. Prolapsus utéro-vaginal 306
b. Prolapsus vagino-utérin 308
c. Pseudo-prolapsus 311

Diagnostic des déviations utérines 314
1. Diagnostic du prolapsus externe 315
2. — — interne 318
3. — de la version 320
4. — de la flexion 323

Traitement des déviations utérines
a. Ressources thérapeutiques 324
b. Moyen de les appliquer.
1. Antéflexion 325
2. Antéversion 326
3. Rétroflexion 328
4. Rétroversion 335
5. Prolapsus utéro-vaginal 340
6. Prolapsus vagino-utérin 341
7. Prolapsus mixte 348
8. Pseudo-prolapsus 348
c. Tableau résumé 350

CHAPITRE VII

INVERSION UTÉRINE

Définition 353
Anatomie pathologique 354
1er degré. Inversion intra-utérine.
2e — — intra-vaginale.
3e — — extérieure.
Etiologie. 355
Variété puerpérale.
— apuerpérale.
et diagnostic. 356
Inversion puerpérale.
— apuerpérale.
Traitement. 363
a. Inversion puerpérale 364
1. Récente.
2. Ancienne.
a. Traitement manuel.
b. Traitement instrumental.
c. Traitement opératoire.
1. Réduction.
2. Hystérectomie.
b. Inversion apuerpérale ou polypeuse 369
Traitement opératoire.

CHAPITRE VIII

HÉMORRHAGIES PÉRI-UTÉRINES

Généralités 373
I. *Hémorrhagie résultant d'une grossesse extra-utérine* 374
1. Période latente. Grossesse tubaire.
2. Période de rupture de 3 à 20 semaines.
A. Rupture intra-péritonéale. 378
1. Rupture complète.
2. — incomplète . { Placenta supérieur. / — latéro-inférieur.
a. Evolut. sans accidents.
b. Evolut. avec accidents.
B. Rupture extra-péritonéale. 384
1. Hématocèle. . . . . { Résorption. / Suppuration.
2. Grossesse évoluant. . { Rupture secondaire. / Mort et lithopédion. / Complications, suppuration.

II. *Hémorrhagie d'origine non puerpérale.* 388

1. *Intra-péritonéale.* . { 1. Traumatisme opératoire. 2. Varices. 3. Apoplexie ovarienne.
2. *Extra-péritonéale* . { 4. Réflux tubaire. 5. Pachypéritonite.

Diagnostic et traitement. 389
7 cas à envisager.
1. Grossesse extra-utérine évoluant normalement 390
2. Kyste fœtal mort. 393
3. Hémorrhagie intra-péritonéale (sans hématocèle) 394
4. Hématocèle intra ou extra-péritonéale 395
5. Rupture secondaire du kyste fœtal. 396
6. Péritonite 397
7. Suppuration localisée 397

CHAPITRE IX

TUMEURS GÉNITALES

Généralités. 402

I. *Tumeurs malignes*
Utérus. — *Cancer* 1 403
Anatomie pathologique.
Symptômes et diagnostic.
Traitement.
Trompe. — *Cancer* 2 427
Ovaire. — *Cancer*. 3 428
Ligament large. — *Cancer*. 4 429

II. *Tumeurs bénignes à grand développement*
Utérus . . . . . { Tumeurs puerpérales. . . . . 5 429 ; Fibromes 6 430
Ovaires . . . . . | Kystes géants 7 460

III. *Tumeurs bénignes à petit développement*
Utérus.
Tumeurs fluides . { Physométrie . . . . . 8 482 ; Hydrométrie . . . . . 9 483 ; Hématométrie. . . . . 10 484 ; Kyste hydatique. 11 484
Tumeurs solides . | Polypes muqueux 12 484
Trompe.
Tumeurs liquides. { Hydrosalpinx . . . . . 13 487 ; Hématosalpinx . . . . . 14 487 ; Pyosalpinx 15 487
Tumeurs solides . | Papillome 16 494
Ovaire.
Tumeurs liquides. | Kystes nains (Deg. scléro-kystique) . . 17 494
Tumeurs solides . | Fibrômes. 18 496
Ligaments ronds.
Tumeurs liquides. | Hydrocèles 19 497
Tumeurs solides . | Fibrômes. 20 497

Ligaments larges.

Tumeurs liquides. { Echinocoque 21 498
Varicocèle 22 498

Tumeurs solides . { Fibrômes 23 498
Lipômes 25 498

CHAPITRE X

VOIES URINAIRES

I. *Anatomie et physiologie.*
1. Bassinets et uretères 502
2. Vessie 504
3. Urètre 506
4. Physiologie 508

II. *Pathologie de l'urètre.*
1. Rétrécissement 509
2. Urétrocèle 511
3. Tumeurs 513

III. *Pathologie de la vessie.*
1. Cystites 515
2. Tuberculose 525
3. Calculs 528
4. Corps étrangers 535
5. Tumeurs 537

IV. *Pathologie des uretères et bassinets.*
1. Uretéro-pyélites 541

V. *Séméiologie urinaire.*
1. Rétention d'urine 545
2. Incontinence d'urine 547
3. Hématurie 549
4. Pyourie 552
5. Examen des urines 553

CHAPITRE XI

RECTUM ET BASSIN

Anatomie et pathologie 557

Anus.

Traumatismes.
Plaies 1 561
Corps étrangers 2 563

Inflammations.
Rectite 3 566
Phlegmon et abcès 4 567

Ulcérations, rétrécissements, tumeurs.
Hémorrhoïdes 5 573
Végétations 6 577
Condylômes et syphilides 7 578
Polypes 8 579
Prolapsus 9 581
Rétrécissements 10 587
Cancer 11 591

Solutions de continuité.
Fissures 12 596
Fistules 13 598

Tumeurs pelviennes 14 603

Névralgies.
Coccygodynie 15 606
Prurit anal 16 607

CHAPITRE XII

ABDOMINOPATHIES SIMILI-GÉNITALES

1° Considérations générales sur l'abdomen. Description topographique . . . 610

2° Affections simili-génitales.

I. *Névralgies* 616
Intercostales.
Lombaires.
Crurales.
Obturatrices.
Sciatiques.

II. *Dyspepsies* 622
1. Alimentaire.
2. Inflammatoire.
3. Mécanique.
4. Névralgique.

III. *Tumeurs* 630

A. Petites tumeurs 631
1. Paroi abdominale.
2. Hypochondre droit (foie).
3. — gauche (rate).
4. Epigastre (estomac).
5. Ombilic (intestin).
6. Flancs (reins).
7. Fosse iliaque droite (cœcum).
8. — gauche (S iliaque).
9. Hypogastre (vessie, utérus, rectum).

B. Grosses tumeurs 645

CHAPITRE XIII

EMMÉNOLOGIE

I. *Menstruation normale* 655

1. Description de la menstruation. (Ecoulement de sang. / Modifications locales et générales) 655
2. Théories de la menstruation 656
3. Evolution de la menstruation. (Puberté. / Période génitale. / Ménopause. / Irrégularités.) 663
4. Hygiène menstruelle 664

II. *Aménorrhée* 666

1. Description et variétés.
   Règles supplémentaires.
2. Etiologie 668
   1. Causes génitales.
   2. — organiques non génitales.
   3. — nerveuses.
   4. — extérieures.
   5. — introuvables.
3. Valeur séméiologique 673
4. Traitement 674

III. *Métrorrhagie* 677

1. Description et variétés 677
2. Etiologie 675
   1. Causes génitales.
   2. — organiques non génitales.
   3. — nerveuses.
   4. — extérieures.
   5. — introuvables.
3. Valeur séméiologique 680
4. Traitement 680
   1. Etiologique.
   2. Symptomatique.

IV. *Dysménorrhée* 682

1. Définition, nature, variétés. 682
2. Description symptomatique 683
3. Etiologie 688
   a. Causes génitales.
   b. — nerveuses.
4. Traitement 690
   a. Dysménorrhée d'origine génitale.
   b. — — nerveuse.

V. *Synthèse des troubles menstruels* 692

CHAPITRE XIV

STÉRILITÉ

I. *Généralités* 697

De la fécondation.
De la stérilité en général.

II. *Causes féminines* 703

1. Vulve : Malformations. — Vulvite et éruptions. — Tumeurs.
2. Vagin : Malformations. — Vaginite. — Tumeurs.
3. Utérus : Métrite et endométrite. — Déviation. — Ectopie. — Malformations. — Sténose et atrésie du canal utérin. — Déformations du col. — Tumeurs. — Ecoulements utérins.
4. Trompe : Salpingite. — Déviation. — Malformations. Tumeurs.
5. Ovaire : Ovarite. — Déplacements. — Malformations. — Tumeurs. — Menstruation et fécondation.
6. Perigenitalia : Pelvipéritonite. — Tumeurs périgénitales.
7. Surmenage génital.

III. *Causes masculines* 717

1. Testicule : Anomalie.
2. — Atrophie.
3. — Tumeur.
4. Canal déférent : Maladies.
5. Vésitules séminales : Maladies.
6. Maladies et malformations de la prostate et de l'urètre.
7. Spermatorrhée.
8. Etats pathologiques du sperme.
9. Excès sexuels.
10. Maladies générales. — Influences diverses.
11. Actions médicamenteuses.
12. Vices de conformation des organes génitaux.
13. Anomalies de l'éjaculation.
14. Age.

IV. *Causes coïtales* 723

1. Erreurs du coït.
2. Impuissance.

a. *Masculine.*

Par défaut d'énergie. — Par perversion d'énergie. — Par excès d'énergie. — Par troubles de l'appareil digestif. — Par alimentation. — Par obésité et maigreur. — Par intoxication. — Par exercice et surmenage. — D'origine nerveuse. — Par abus de l'organe intellectuel. — Par excès sexuel. — Par maladie de l'appareil génito-urinaire. — Impuissance fantôme.

b. *Féminine.*

Origine morale : Frigidité, Coïtophobie.
Origine physique : Vaginisme.

V. *Causes générales ou vagues* 730

Maladies générales. — Maladies du système nerveux. — Hygiène et alimentation. — Gémellité. — Consanguinité et hérédité. — Age. — Volonté. — Stérilité énigme.

VI. *Résumé des diagnostic et traitement* 732

Diagnostic.
Fécondation artificielle ; Indications. Manuel opératoire.

CHAPITRE XV

DIAGNOSTIC DES GÉNITOPATHIES

I. *Troubles extra-génitaux* 741

Système nerveux 1
— digestif 2
— respiratoire 3
— circulatoire 4
Seins 5
Système urinaire 6
État général 7

II. *Troubles génitaux* 751

Interrogatoire 751

Troubles douloureux.
Douleurs 8
Coliques 9
Prurit 10

Troubles fonctionnels 757
Aménorrhée 11
Métrorrhagie 12
Dysménorrhée 13
Stérilité 14
Troubles de la fonction sexuelle 15

Sensation de mouvements intra-abdominaux 16

Inspection 757

Augmentation du volume abdominal 17
Modifications de la coloration abdomino-génitale 18
Vergettures 19
Modifications de l'ombilic 20
Ulcérations et tumeurs des organes génitaux 21
Ecoulements non sanguins 22
— sanguins 23

Palpation et percussion 763

Tympanisme abdominal 24
Fluctuation abdominale 25
Tumeur abdominale 26

765
Auscultation 27
Bruits intra-abdominaux 766
Toucher 28
Modifications du vagin 29
— du col 30
Toucher intra-utérin 31
Tumeur pelvienne perçue au toucher . . . . . .

TABLE ALPHABÉTIQUE DES MATIÈRES

A

Abcès pelvien, 230.
— pelvien (traitement des), 271.
— rénal, 641.
— du vagin, 171.
— de la vulve, 171.
Abdominopathies simili-génitales, 611.
Accouchements anormaux, 114.
Accolement vagino-cervical, 327.
Acide phénique, 54.
Adénopathie dans le chancre mou, 163.
— dans la syphilis, 164.
Albuminurie, 746.
Alexander (opération d'), 332.
Alquié, Alexander (opération d'), 332.
Aménorrhée, 11, 666.
Amputation du col dans le prolapsus vagino-utérin, 341.
— cunéiforme du col, 349.
— sus-vaginale, 417.
Androgynie, 122.
Anneau élastique de Dumontpalier, 327, 338.
— élastique placé, figure 346.
— congénitaux, 125.
Antéflexion, 291.
— (traitement de l'), 325.
Antéversion, 301.
— (traitement de l'), 326.
Antisepsie des mains, 55.
— intra-utérine, 246.
Antiseptique, 54, 68.
Anus, 560.
— (condylôme de l'), 276.
— (corps étrangers à l'), 563.
— (fissures de l'), 596.
— (fistules à l'), 598.
— (phlegmons de l'), 587.
— (prurit de l'), 607.
— (syphilides de l'), 578.
— artificiel, 596.
Apiol, 674.
Apoplexie ovarienne, 389.
Avortement, 687.
Ascite, 638, 646.
— et kyste ovarique, 474.
Asepsie des instruments, 56.
— des organes génitaux, 56.
Astringents, 68.
Auscultation, 19.
Auvard (hystéromètre d'), figure 35.
— (spéculum combiné d'), figure 31.
Avivement dans la colpo-périnéorraphie, figure 344.

B

Bains, 47.
Barnes (Spéculum intra-utérin de), figure 38.
Bartholinite, 157, 171.
Bassin (Ostéosarcôme du), 605.
— (Tumeurs de la face interne du), 603.
Bassinets, 502.
Bichlorure de mercure, 54.
Bifidités, 111.
Blennorrhagie, 155.
— (Traitement de la), 159.
Brides vaginales, 126.

C

Calculs vésicaux, 528.
Calmants, 68.
Canal déférent (Maladie du), 719.
Cancer du col, 260.
— exubérant de l'utérus, 408, 413.
— insidieux du corps, 407, 412.
— du ligament large, 429.
— ulcéreux du col, 405, 412.
— végétant du col, 304, 411.
— de l'ovaire, 428.
— du rectum, 576, 591.
— de la trompe, 427.
— de l'utérus, 402.
— utérin (Symptômes et diagnostic), 409.
— — (Traitement du), 413.
— — (Intervention palliative dans le), 415.
— utérin (Intervention curatrice dans le), 416.
— vulvo-vaginal, 176.
Carcinôme utérin, 403.
Caroncules, 145.
Castration, 451.

Castration utérine, 493.
— — de Péan, 274.
Catgut pour sutures, 101.
Cathétérisme des uretères, 39.
— uretérin de Pawlik, figure 39.
Caustiques, 52, 68.
— liquides, 53.
Cautérisation intra-utérine, 248.
Ceinture abdominale, 51.
— hypogastrique, 51.
Cellulite pelvienne, 229.
Céphalalgie utérine, 10.
Chancre induré, 164, 259.
— mou, 168, 259.
Chlorure de zinc, 53.
— — (Crayon de), 249.
Circulation génitale, figure 222.
Clitoris, 142.
Coccygodynie, 203, 606.
Coïtophobie, 726.
Col (Amputation cunéiforme du), 349.
— — sus-vaginale du), 417.
— — du), par la méthode de Schrœder, 265.
— (Cancer du), 260.
— — ulcéreux du), 405, 412.
— — végétant du), 404, 411.
— (Déformations du), 707.
— (Dilatation du), 37, 447.
— (Hypertrophie intra-vaginale du), 313.
— — vaginale du), 348.
— (Incision du), 448.
— (Modifications du), 766.
— (Sténose du), 707.
— (Ulcérations du), 199, 258.
— en ectropion, 198.
— (Vaginite du), 199.
Coliques, 755.
— salpingiennes, 213.
Colpo-périnéoraphie, 344.
— — (Avivement dans la), (procédé de Martin), figure 344.
Colporaphie antérieure, 344.
— — (Procédé Hégar), figure 343.
Condylome de l'anus, 576, 578.
Congestion utérine, 10, 240.
Constipation, 744.
Corps étrangers de l'anus, 563.
— — intra-utérins, 238.
— — de la vessie, 535.
Corset, 50.
Courroie fixant les membres inférieurs, figure 101.
Crayon de chlorure de zinc, 53.
Crayons intra-utérins, 71.
— — — (Formules), 246.
Créosote, 53.
Curage (Technique du), 250.
— dans le prolapsus utérin, 341.
Curettage, 448.
Curette irrigatrice d'Auvard, figure 101.
Cusco (Speculum de), figure 31.
Cystites, 515.
— aiguë, 517.
— blennorrhagique, 520, 522, 528.
— calculeuse, 522.
— chronique, 518.
— purulentes, 544.
— tuberculeuse, 521, 522.
— (Traitement des), 523.
Cystocèle, 316.

D

Déchirure du périnée, 178.
Dégénérescence scléro-kystique de l'ovaire, 495.
Défécation, 744.
Déplacements, 11.
Dépresseur de Sims, figure 32.
Déviations, 11.
— utérines, 285, 705.
— utérines (Diagnostic des), 314.
— utérines (Traitement des), 324.
Diabète, 746.
Diarrhée, 744.
Diaphragme pelvien, 219, 289.
Dilatation du col, 37.
Douche, 47.
Douleur, 12, 751.
Douleurs intestinales, 743.
— stomacales, 742.
— dans la métrite, 202.
— de l'ovaro-salpingite, 216.
— de reins, 12.
Dumontpallier (Anneau élastique de), 327, 338.
Dumontpallier (Pessaire de), 73.
Dysménorrhée, 11, 325, 682.
— (Traitement de la), 690.
Dyspepsies, 622.
Dyspepsie alimentaire, 623.
— idiopathique, 622.
— inflammatoire, 624.
— mécanique, 624.
— névralgique, 628.

E

Eau, 59.
Eaux acidulées gazeuses, 49.
— alcalines, 49.
— ferrugineuses, 49.
— minérales, 48.
— salines, 49.
— sulfureuses, 49.
Echinocoques du ligament large, 498.
Ecoulement de l'ovaro-salpingite, 216.
Ecoulements utérins, 711.
Ectopie utérine, 706.
Ectropion, figure 197.
— de la muqueuse cervicale, 198.
Eczéma vulvaire, 167.
Ejaculation (Anomalies de l'), 722.
Electricité, 81, 269.
— (Indication de l'), 92.
— (Contre-indication de l'), 93.
— dans les fibrômes, 446.
Electrologie, 87.
Elephantiasis vulvaire, 174.
Elytrotomie, 391.
Emissions sanguines, 52.
— sanguines locales, 244.
Emménologie, 655.
Emmet (Opération d'), 267.
Endométrite, 193, 704.
— (Diagnostic de l'), 245.
— (Traitement de l'), 246.
Engorgement, 2.

Entéroptose, 624, 626.
Enucléation, 479.
Epithelioma utérin, 402.
Eponges, 58.
Ergot de seigle, 45, 681.
Eructation vaginale, 149.
Eruptions vulvo-vaginales, 160.
Esthiomène, 161.
Etape pelvienne, 28.
— péri-utérine, 27.
— utérine, 27.
— vaginale, 26.
— vulvaire, 25.
Etats rudimentaires, 124.
Etiologie générale, 9.
Etuve sèche à désinfection, 57.
Eventration, 625.
Excès sexuels, 721.
Exploration instrumentale, 29.

F

Faradisation, 84.
Fécondation, 698.
— artificielle, 734.
Fergusson (Spéculum de), figure 30.
Fibrômes douloureux, 458.
— généralisés circonscrits, 434.
— généralisés diffus, 433.
— hémorrhagiques, 458.
— indifférents, 458.
— interstitiels, 432, 433.
— interstitiels localisés, 435.
— du ligament large, 498.
— du ligament rond, 497.
— de l'ovaire, 496.
— utérins, 430.
— utérins et kyste ovarique, 472.
— sous-muqueux, 439.
— sous-séreux, 437.
— vulvo-vaginal, 175.
— (Electricité dans les), 446.
— (Traitement des), 445.
— (Traitement chirurgical des), 447.
— (Traitement médical des), 445.
Fibro-myomes utérins, 430.
Fissures à l'anus, 596.
Fistules à l'anus, 598.
— utéro-vaginale, 137.
— génitales, 126.
— recto-utérine, 137.
— urétéro-vaginale, 137.
— vagino-rectale, 133.
— vésico-utérine, 135.
— vésico-vaginale (Technique opératoire), 129.
— vésico-vaginale, 128.
— urétro-vaginale, 134.
— vagino-anale, 134.
Flambage des instruments, 57.
Flexion, 286-291.
— (Diagnostic de la), 323.
Fluctuation abdominale, 764.
Folliculite vulvaire, 162.
Fourchette, 142.
Franklinisation, 81.
Furoncle vulvaire, 173.
Frigidité, 726.
Fusion recto-vaginale, 114.
Fusion vagino-rectale, 114.
— vagino-vésicale, 114.
— vagino-recto-vésicale, 114.

G

Gangrène de la vulve, 151.
Gaze iodoformée, 58.
Génitalité, 191.
Génitologie, 1.
Génitopathies (Diagnostic des), 741.
Génitorrhagie, 763.
Gigantisme utérin, 433.
Glace, 244.
Glandes de Bartholin, 145.
Gommes vulvaires, 165.
Grandes lèvres, 141.
Grossesse, 429, 439,
— abdominale, 375.
— ectopique (Marche de la), 387
— extra-utérine, 375, 429.
— extra-utérine (Diagnostic de la), 389.
— extra-utérine (Laparotomie pour) 391.
— ovarienne, 375.
— tubaire, 375.
— et kyste ovarique, 471.
Gymnastique, 76.
Gynandrie, 121.
Gynécologie (Histoire de la), 2.
Gynécologie et obstétrique (Rapports de la), 4.
Gynécopathie, 1.

H

Hamamelis virginica, 46, 681.
Hématocèle, 10, 373.
— extra-péritonéale, 384.
— (diagnostic de l'), 395.
Hématocolpos, 116.
Hématome intra-génital, 116.
Hématomètre, 116.
Hématométrie, 484.
Hématoovarie, 496.
Hématorrhée, 410.
Hématosalpinx, 116, 487.
Hématurie, 531, 538, 549, 746.
Hémorrhagie intra-péritonéale, 394.
— d'origine non puerpérale, 388.
— péri-utérine, 373.
— suite de grossesse extra-utérine, 374.
Hémorrhoïdes, 573, 595.
Hermaphodisme, 120.
Hernie, 632.
— labiales, 169.
Herpès, 259.
— vulvaire, 161.
Hodge (pessaire de), 72, 336.
Hydrastis canadensis, 46, 681.
Hydrocèle du ligament rond, 497.
Hydrométrie, 483.
Hydronéphrose, 641, 648.
Hydrorrhée, 410.

Hydropisie de la vésicule biliaire, 649.
Hydrorrhée, 760.
Hydrosalpinx, 487.
— et kyste ovarique, 470.
Hydrothérapie, 46.
Hymen, 144.
Hyperesthésie vulvo-vaginale, 186.
Hypertrophie intra-vaginale du col, 313, 348.
Hystérectomie abdominale totale, 422.
Hypertrophie utérine, 433.
— sus-vaginale de l'utérus, 309.
Hystérectomie abdominale partielle, 454.
— abdominale totale, 457.
— partielle, 417.
— totale, 417.
— vaginale totale, 418.
Hystérie et système génital, 9.
Hystéromètre, 34.
— d'Auvard, figure 35.
— de Sims, figure 35.
— à cadran de Terrillon, fig. 35.
— (Redressement de l'utérus avec l'), 331.
Hystérométrie, 36.
— dans la métrite, 204.
Hystéropexie, 338.
Hystérophore, 347.
— en place figure 345.
Hystéro-salpingectomie, 493.

I — J

Ichorrée, 411.
Imperforation, 115.
Impuissance masculine, 724.
— féminine, 726.
Incontinence d'urine, 547, 747.
Inflammation des organes pelviens (Diagnostic des), 241.
— des organes pelviens (Traitement des), 243.
— vulvo-vaginales, 150.
Injection, 59.
Injection antiseptique, 62.
— cavitaire, 59.
— interstitielle, 59.
— mécanique, 65.
— médicamenteuse, 65.
— rectales, 67.
— thermique, 62.
— utérine, 65.
— vaginales, 60.
Inspection, 17.
Instruments (Asepsie des), 56.
Interrogatoire, 17.
Inversion apuerpérale, 355, 358, 369.
— extérieure, 359 362.
— intra-utérine, 354, 360.
— intra-vaginale, 354, 361.
— polypeuse, 369.
— puerpérale, 355, 356.
— utérine, 353.
— — (Réduction instrumentale de l'), 367.
— utérine (Taxis de l'), 364.
— utérine (Opération réductive de l'), 368.
Inversion utérine (Opération énucléatrice de l'), 369.
— utérine (Traitement de l'), 363.
Iodoforme, 55.
Irrigation continue, 101.

K

Kystes dermoïdes, 466.
— fœtal mort (Diagnostic du), 393.
— fœtal (Diagnostic de la rupture secondaire du), 396
— fœtal (Rupture du), 383.
— fœtal (Suppuration du), 383.
— gazeux, 168.
— liquides de la vulve, 169.
— mixtes, 467.
— multiloculaires, 461.
— ouverts, 463.
— ovariens fermés, 401.
— ovarique et ascite, 474.
— ovarique et fibrôme utérin, 472.
— ovarique et grossesse, 471.
— ovarique et hydrosalpinx, 471.
— de l'ovaire, 439.
— de l'ovaire (Symptômes des), 468
— géants de l'ovaire, 460.
— hydatiques de l'utérus, 484.
— nains de l'ovaire, 461, 494.
— de l'ovaire (Traitement des), 475.
— uniloculaires, 462.

L

Laparotomie (Instruments nécessaires à une), 96.
— (Dispositif pour une), 98.
— (Soins préliminaires), 99.
— pour grossesse extra-utérine, 391.
Leucorrhée, 410, 760.
Ligaments de l'utérus, 220, 287.
Ligament large (Cancer du), 429.
— large (Echinocoques du), 498.
— large (Fibrômes du), 498.
— large (Phlegmons), 225, 242.
— large (Varices des), 388.
— large (Varicocèle du), 498.
— rond (Hydrocèle du), 497.
— ronds (Raccourcissement des), 332, 338.
— rond (Fibrôme du), 497.
Lipome vulvaire, 175.
Lithotritie, 533.
Lupus vulvaire, 166.
Lymphatiques génitaux, figure 225.
Lympho-phlegmon, 227.

M

Machine Carré, 81.
Mains (Antisepsie des), 55.

Maladies cutanées, 11.
Malformations, 11.
— diverses, 125.
— génitales, 107.
— utérines, 706.
Marsupialisation, 480.
Massage, 77, 269.
— calmant, 78.
— excitant, 79,
— (Contre-indications du), 80.
— utérin, 331.
Méat urinaire, 143.
Médicaments (Action des) sur la stérilité, 721,
— internes, 45.
Ménopause, 663.
— (Métrite de la). 239.
Menstruation, 655.
— (Troubles de la), 693.
Métrite, 193, 241.
— (Symptômes de la), 201.
— aiguë, 205, 234.
— accidentelle, 236.
— blennorrhagique, 234, 236.
— chronique, 205.
Métrorrhagie, 674.
Miction, 508.
Mouvements contrariés, 77.
Métrites crépusculaires, 238.
— diathésiques, 239.
— généralisée, 257.
— généralisée (Traitement chirurgical de la), 263.
— généralisée (Traitement médical de la), 261.
— insidieuse, 235.
— kystiques, 201.
— de la puberté, 239.
— puerpérale, 233.
— secondaires, 238.
— tuberculeuse, 237.
Microbes médicaux, 10.
— puerpéraux, 10.
— sexuels, 10.
Métrite subaiguë, 234.
Môle hydatiforme, 429.
Mont de Vénus, 141.
Montagnes cellulaires et petit bassin, figure 221.
Morcellement, 450.
Morphine, 45.
Mucométrie, 483.
Myômes utérins, 430.
— vulvaire, 175.
Myomectomie abdominale, 452.
— vaginale, 448.

N

Naboth (Œuf de), 199.
Néphroptose, 642.
Névralgies, 616.
— crurale, 619.
— ilio-lombaire, 618.
— intercostale, 618.
— obturatrice, 620.
— sciatique, 620.
— vulvo-vaginales, 185.

O

Oblitération du vagin, 132.
Obstétrique et gynécologie (Rapports de l'), 4.
Œdème vulvaire, 172.
Œuf de Naboth, 199.
Opérations, 93.
— abdominales, 95.
— vulvaires, 99.
— — (Dispositif pour une), 103.
Organes génitaux (Asepsie des), 56.
— — (Développement des), 107,
— — profonds (Développement des), 107.
— superficiels (Développement des), 110.
— pelviens (Diagnostic des inflammations des), 241.
— pelviens (Traitement des inflammations des), 243.
Ostéosarcome du bassin, 605.
Ovaire (Anatomie de l'), 207.
— (Cancer de l'), 428.
— (Dégénérescence scléro-kystique de l'), 495.
— (Déplacement de l'), 709, 714.
— (Fibrômes de l'), 496.
— (Kystes géants de l'), 460.
— (— nains de l'), 461, 494.
— (Symptômes des kystes de l'), 468.
— (Traitement des kystes de l'), 475.
— scléro-kystique, 461.
Ovaralgie, 753.
Ovariotomie disséminée. 481.
— pédiculée, 476.
— sessile, 478.
— (Gravité de l'), 481.
Ovarite, 193, 211, 214, 714.

P

Pachy-péritonite, 389.
Palpation, 18.
Palper toucher, 16.
Paquets de sublimé, 54.
Paralbumine, 461.
Paramétrite, 194.
Parasites, 185.
Pathologie générale, 9.
Pawlik (Cathéter urétérin de), figure 39.
Péan (Castration utérine de), 274.
Peau (Maladies de la), 11.
Pelvi-cellulite, 193, 227.
Pelvi-péritonite, 193, 227, 243.
Pelvi-péritonite (Traitement de la), 271.
Pemphigus vulvaire, 167.
Percussion, 18.
Périmétrite, 194.
Périnée, 141.
— (Déchirure du), 178.
— (Muscles du), 146, 147.
Périnéoraphie, 181.
— (Procédé de Lawson-Tait), 184.

Périnéoraphie (Procédé de Simon), 183.
Période menstruelle, 664.
Périsalpingite, 213.
Péritonite, 397, 638.
Perivaginite phlegmoneuse, 155.
Pertes, 12.
— dans la métrite, 203.
— blanches, 200.
— rouges, 200.
Pessaires, 71.
— à air, figure 367.
— de Dumontpallier, 75.
— de Hodge, 73, 336.
— de Hodge (Apposition du), figure 337.
— de Schultze, 73.
— élastique, 327
— intra-utérins, 75.
— mixtes, 76.
— vaginaux, 72.
— vagino-abdominal, 72, 347.
— vagino-abdominal, placé, figure 347.
Petites lèvres, 142.
Phénomènes généraux de l'ovaro-salpingite, 217.
— sympathiques de la métrite, 203.
Phlegmon du ligament large, 225, 242.
— périrectal, 226, 562.
Physométrie, 482.
Plaques muqueuses, 259.
Plastron abdominal, 227.
Pointes de feu, 244.
Polypes du rectum, 579
— muqueux de l'utérus, 484.
— sous-muqueux, 433.
— sous-séreux, 432.
Polyurie, 543.
Porte-caustiques, 248.
Péritoine pelvien, figure 220.
Position dorsale, 15, 33.
— génupectorale, 32
— génupectorale (Redressement par la), 328.
— inclinée de Trendelenburg, 104.
— latérale, 15, 32.
— vulvaire, fig. 14-15.
— de Sims, figure 15.
Prolapsus, 11, 286, 306.
— externe, 315.
— interne, 319.
— (Symptôme du), 313.
— mixte, 340, 348.
— utéro-vaginal, 306, 319, 340.
— vagino-utérin, 308, 318, 341.
— du rectum, 581.
Pronostic général, 41.
Prostate (Maladies de la), 719.
Prurit, 756.
— anal, 607.
— génital, 186.
Pseudo-prolapsus, 311, 348.
Psoriasis vulvaire, 167.
Puberté (Métrite de la), 239.
Puerpéraux (Microbes), 10.
Pyélonéphrite, 641.
Pyométrie, 483.
Pyourie, 552, 747.
Pyoovarie, 496.
Pyosalpinx, 488.

R

Raccourcissement des ligaments ronds, 332.
— des ligaments ronds et l'hystéropexie (Choix entre le), 340.
Rate (Hypertrophie de la), 649.
Rectite, 566.
Rectocèle, 316, 318.
Rectotomie, 591, 595.
Rectum (Abcès du), 567.
— (Anatomie du), 558.
— (Cancer du), 576, 591.
— (Plaies du), 561,
— (Polypes du), 579.
— (Prolapsus du), 581.
— (Rétrécissements du), 587.
— (Toucher normal du), 23.
Redressement de l'utérus par la position génupectorale, 328.
— de l'utérus à l'aide des doigts, 329.
— de l'utérus avec l'hystéromètre, 331.
Reflux tubaire, 389.
Rein (Douleurs de), 12.
— (Hydatides des), 544.
— (Tuberculose du), 544.
— (Tumeur du), 544, 642.
Rétention d'urine, 545, 748.
Retournement (procédé du), 18.
Rétrécissement du rectum, 507.
Rétroflexion, 296.
— (Traitement de la), 328.
Rétroversion, 300.
— (Traitement de la), 335.
Révulsifs, 52.
Ricord (Spéculum quadrivalve de), figure 30.

S

Sacro-coxalgie, 606.
Salol, 55.
Salpingectomie abdominale, 493.
Salpingite, 193, 211, 713.
Salpingo-ovarite, 241, 268.
— — non kystique, 211.
— — (Traitement médical de la), 269.
Sarcome utérin, 403.
— du vagin, 175.
Schrœder (Opération de), 264.
Schultze (Pessaire de), 73.
Séméiologie urinaire, 545.
Sexuels (Microbes), 10.
Sims (Dépresseur de), figure 32.
— (Hystéromètre de), figure 35.
— (Position de), figure 15.
— (Spéculum de), figure 31.
Soie pour suture, 101.
Spéculums, 29.
— d'Auvard, figure 31.
— bivalve, 30.
— combiné, 31.
— de Cusco, figure 31.
— de Fergusson, figure 30.

Spéculum grillagé, 159.
— intra-utérin de Barnes, figure 38.
— ano-rectal de Trélat, figure 41.
— multivalve, 30.
— gradivalve de Ricord, figure 30.
— tubulé, 30.
— univalve, 31.
— — de Sims, figure 31.
— urétral, figure 38.
— valvés, 30.
Spermatorrhée, 720.
Sperme (Etats pathologiques du), 720.
Splanchnoptoses, 625.
Statique génitale, 11.
Sténose du col, 707.
Stérilité, 325, 697.
— (Causes coïtales de la), 723.
Sublimé (Paquets de), 54.
Suppositoires, 70.
Suppurations complexes, 273.
— locale, 397.
Surmenage génital, 716.
Surménorrhée, 668.
Sutures périnéales (Martin), figure 346.
— en rosette, 343.
— vaginales (Martin), figure 34.
Syphilides anales, 578.
— érosives, 165.
— papulo-tuberculeuses, 165.
— ulcéreuses, 165.
Syphilis, 164.

T

Table étagère pour instruments, figure 95.
— d'examen permettant la palpation, figure 14.
— d'opération d'Auvard, figure 94.
Taille hypogastrique, 534.
— urétrale, 534.
Tampon, 70.
Tamponnement, 680.
Ténesme vésical, 749.
Terrillon (Hystéromètre à cadran de), figure 35.
Testicule (Anomalies du), 717.
— (Atrophie des), 717.
— (Tumeurs du), 718.
Thérapeutique générale, 45.
Thrombus vulvo-vaginaux, 171.
Topiques, 68.
— intra-utérins, 71.
Toucher, 19.
— ano-rectal, 21.
— bidigital, 23.
intra-utérin, 767.
— manuel, 24.
— manuel du rectum, 23.
— palper, 24.
— — dans la métrite, 204.
— unidigital, 23.
— urétro-vésical, 20.
— utérin, 37.
— vaginal, 23.
— vagino-rectal dans l'ovaro-salpingite, 217.
— vagino-utérin, 23.
Trachélorraphie, 267.
Trachélotomie, 264.
Trauma accidentel, 10.
— médical, 10.
— sexuel, 10.
Traumatismes, 10.
— génitaux, 177.
— opératoire, 388.
Trendelenburg (Position inclinée de), figure 104.
Trompes (Affections des), 714.
— (Anatomie), 205.
— (Cancer de la), 427.
— (Papillome des), 494.
— (Rupture extra-péritonéale de la), dans la grossesse tubaire, 384.
— (Rupture intra-péritonéale de la), dans la grossesse, 378,
Troubles menstruels, 692.
Tuberculose du vagin, 166.
— vésicale, 525.
Tumeurs, 630.
— érectiles, 172.
— fantômes, 647.
— génitales, 11, 401.
— de la face interne du bassin, 603.
— pelviennes, 767.
— puerpérales de l'utérus, 429.
— utérines, 709.
— Vulvo-vaginales, 168.
Tympanisme abdominal.
Tympanite, 637.

U

Ulcérations du col, 199, 258.
— syphilitiques, 259.
— traumatiques, 260.
— vulvo-vaginales, 160.
Uretères, 502.
— (Cathétérisme des), 39.
Uretéro-pyélites, 541.
Urètre, 506.
Urètre (Corps étrangers de l'), 535.
— (Dilatation de l'), 511, 524, 532.
— (Polypes de l'), 513.
— (Rétrécissements de l'), 509.
— (Tumeurs de), 513.
Urétrite blennorrhagique, 157.
Urétrocèle vaginale, 511.
Urines (Examen des), 553.
— (Incontinence d'), 547.
— (Incontinence d'), 747.
— (Rétention d'), 545.
— (Rétention d'), 748.
Utérines (Tumeurs), 709.
Utérus (Anatomie), 195.
— (Anatomie pathologique du cancer de l'), 403.
— bifide, figure 112.
— bilobé, figure 112,
— cloisonné, 111.
— dédoublé, 112.
— double, figure 113.
— infantile, 124.
— unicorne, figure 113.
— (Cancer de l'), 402.
— (Cancer exubérant de l'), 408, 413.
— (Cancer insidieux de l'), 407, 412.
— (Congestion de l'), 240.
— (Symptomes et diagnostic du cancer de l'), 409.

Utérus (Traitement du cancer de l'), 413.
— (Déviation de l'), 705.
— (Ectopie de l'), 706.
— (Inversion de l'), 353.
— (Kystes hydatiques de l'), 484.
— (Ligaments de l'), 287.
— (Malformations de l'), 707.
— (Massage de l'), 331, 335.
— (Mobilisation de l'), 331, 335.
— (Polypes muqueux de l'), 484.
— (Redressement de l'), à l'aide des doigts, 329.
— (Redressement de l') avec l'hystéromètre, 331.
— (Statique normale de l'), 285.
— (Tumeurs puerpérales de l'), 429.

V

Vagin, 147.
— (Abcès du), 171.
— (Malformation du), 704.
— (Oblitération du), 132.
— (Sarcome du), 175.
— (Structure du), 149.
— (Tuberculose du), 166.
Vaginisme, 11, 186, 726.
— contractural, 727.
— hypéresthésique, 727.
— (Traitement du), 729.
Vaginite, 704.
— du col, 199.
— disséquante, 155.
— emphysémateuse, 155.
Varices vulvo-vaginales, 172.
Varicocèle du ligament large, 498.
Végétations, 577.
— vulvaires, 173.
Ventrofixation, 338.
Vergetures, 759.
Version, 286, 300.
— (Diagnostic de la), 320.
Vésicule biliaire (Hydropisie de la), 649.
Vésicules séminales (Maladies des), 719.
Vésicatoires, 244.
Vessie, 504.
— (Pathologie de la), 515.
— de glace, 244.
— (Calculs de la), 528.
— (Corps étrangers de la), 535.
— (Tuberculose de la), 525.
— (Tumeurs de la), 537.
Vestibule, 143.
Vêtements, 50.
Viburnum prunifolium, 46, 692.
Vide-bouteille (Galante), 60.
Voies urinaires (Anatomie et physiologie des), 502.
Voltaïsation, 87.
Vomiques salpingiennes, 213.
Vomissements, 743.
Vulve, 141.
— (Abcès de la), 171.
— (Eczéma de la), 167.
— (Éléphantiasis de la), 174.
— (Folliculite de la), 162.
— (Furoncle de la), 173.
— (Gangrène de la), 151.
— (Gommes de la), 165.
— (Herpès de la), 161.
— (Kystes liquides de la), 169.
— (Lipome de la), 175.
— (Malformation de la), 703.
— (Œdème de la), 172.
— (Opération sur la), 99.
— (Pemphigus de la), 167.
— (Psoriasis de la), 167.
— (Tuberculose de la), 166.
— (Végétations de la), 173.
Vulvite, 703.
Vulvo-vaginal (Cancer), 176.
— (Fibrome), 175.
Vulvo-vaginales (Névralgies), 185.
— (Tumeurs), 168.
Vulvo-vaginite blennorrhagique, 155.
— diphtérique, 152.
— dysentérique, 152.
— gangréneuse, 151.
— gravidique, 152.
— sénile, 154.
— septicémique, 155.
— traumatique, 154.
— ulcéreuse, 150.

ÉVREUX, IMPRIMERIE DE CHARLES HÉRISSEY

24.A.322.
Traite pratique de gynecologie.1892
Countway Library BDG8642
3 2044 045 371 580